

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Liis Tamm

**ERIHOOOLDEKODUDE
REORGANISEERIMINE TÜRI KODU
NÄITEL: VÕIMALUSED JA PROBLEEMID**

Lõputöö

Juhendaja: Anne Rähn, MA

Pärnu 2016

Soovitan suunata kaitsmisele

(juhendaja allkiri)

.....

(kaasjuhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud "...“..... a.

TÜ Pärnu kolledži osakonna juhataja

.....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. teoreetiline ülevaade hoolekande arengust.....	6
1.1. Hoolekande areng Euroopa riikides	6
1.2. Erihoolekande korraldamise alused	9
1.3. Psüühikahäired ja nende tekkepõhjused.....	13
1.4. Erivajadustega inimeste õigused ja elukvaliteet	18
2. Uuring erihooldekodude ümberkorraldamisega seotud võimalustest ja probleemidest türi kodu näitel	23
2.1. Türi Kodu tutvustus.....	23
2.2. Uurimise eesmärk, metoodika, ülesanded ja valim.....	25
2.3. Uurimisandmete analüüs ja uurimistulemused	27
2.4. Arutelu ja järeldused	36
Kokkuvõte	39
Viidatud allikad.....	41
Lisa 1. Türi Kodu kliendi küsitlus.....	44
<i>SUMMARY</i>	45

SISSEJUHATUS

Erihoolekandes on toimumas suured muudatused, mille peamiseks ülesandeks on psüühilise erivajadusega inimeste peremajade rajamine kogukondade keskele. Varasemalt on suured hooldekodud jäänud piisavalt eemale linnadest või teistest inimestest.

Suurte erihooldekodude reorganiseerimine tähendab klientide elukeskkonna muudatust, tegusamat elu ja kvaliteetsemat teenust. Samuti on kogukonna lähedal paremini kättesaadavad avalikud teenused ning hoolekandeline abi. Töö autor töötab 2,5 aastat Türi Kodu juhina ja puutus sageli kokku olukorraga, kus kogukond on hirmul ning peremajade mudeli toimimised on ebaselged.

Türi linna elanikud ei olnud teadlikud, millised on psüühiliste erivajadustega inimesed, nende vajadused, oskused ja unistused. Eelarvamused ja vastasseisud olid peamiselt tekkinud seoses sellega, mida kajastavad erinevad meediakanalid ja need juhtumid on sageli negatiivsed. Ühiskonnas on üldjuhul levinud arvamus, et erivajadusega inimene ei ole võimeline kogukonda panustama ja nad võiksidki elada oma elu ükskõik millises keskkonnas.

Samas on väga oluline luua keskkonnad, kus erivajadusega inimene saaks õppida iseseisvamalt oma elus hakkama saama. Kuna Eesti elanikkond järjest vananeb, siis on erivajadusega inimene reaalne ressurss tööturul ja tööl nad käiksid, kui on olemas sobiv keskkond, kus tegeleda tööharjumuse kujundamisega. See tähendab, et elukeskkonnas peavad olema tööhõivega seotud ametiasutused ja ettevõtteid, mis pakuksid esialgu lihtsamaid töid. Kui inimene elab kaugel keskusest, siis tõenäoliselt ei ole läheduses piisavalt ettevõtteid, kus sobivat töökohta leida, veel vähem asutust, mis aitaks töö otsimisega tegeleda.

Käesoleva lõputöö eesmärk on uurida, kuidas vastab peremajade elukeskkond võrreldes eelmise erihooldekoduga klientide ootustele arstiabi, ametiasutuste, tööhõive ja kogukonnaga seotud valdkondades.

Uurimisküsimused, mis töös püstitati on järgmised:

- Kuidas vastab Türi Kodu elukeskkond klientide ootustele?
- Missugused on Türi Kodu klientidele loodud võimalused toetada klientide suhtlemist kogukonnaga?
- Millised olid võimalused arstiabi, tööhõive ja kogukonnaga seonduvates valdkondades eelmistes erihooldekodudes?

Uurimustöö ülesanded:

- Tutvuda kirjandusega, mille põhjal kirjutada uurimistöö teoreetiline osa üldisest hoolekande arengust ja erivajadustega inimeste elukvaliteedist;
- Anda ülevaade Türi Kodu tegutsemise ajast, teenusest, klientidest ja personalist;
- Viia läbi kvantitatiivne uuring, et välja selgitada peamised erinevused Türi Kodu klientide seas praeguse ja eelmise elukeskkonna vahel ning ootused avalike teenuste kättesaadavusel kogukonnas.

Töö koosneb kahest osast, millest esimene osa annab ülevaate hoolekande kujunemisest erinevates Euroopa riikides, erivajadustega inimeste õigustest ning elukvaliteeti mõjutavatest aspektidest. Tuuakse välja üldist hoolekannet puudutavad mõisted, antakse ülevaade, kuidas on hoolekanne aastatega kujunenud. Teises osas antakse ülevaade Türi Kodu taustandmetest ja kirjeldatakse, kuidas uurimus läbi viidi ning esitletakse uurimistulemusi. Toetudes uurimistulemustele teeb autor omapoolse analüüsi ja järeldused.

1. TEOREETILINE ÜLEVAADE HOOLEKANDE ARENGUST

1.1. Hoolekande areng Euroopa riikides

Puudega inimesi on erinevatel ajastutel olnud alati palju ja sellest on räägitud nii piiblis kui ka koraanis. Eesmärgiks ei olnud nende kaitsmine ega õpetamine, rõhutati ainult sõbralikku suhtumist. Puuetega inimesi nimetati erinevalt. Rooma leksikonides nimetati neid inimesi, kellel mõistus täiesti puudus, amensiteks ja neid, kellel väga väike mõistuse osa alles oli, nimetati demensiteks. Toimus puuetega inimeste alavääristamine ja Roomas kasutati puuetega inimesi narridena. Nende ülesandeks oli külaliste lõbustamine. Veel rakendati sellist teguviisi keskajal Kesk-Euroopas, kus puudega inimesi rakendati tööga lossides ja õukondades. (Bakk & Grunewald, 1999, lk 7)

Meditšiinilises kirjanduses on kajastatud väljendit kretinism, mis hõlmas füüsilist ja vaimset alaarengut. Kretinismi põhjustas joodipuudus ja see oli väga levinud madala joodisisaldusega paikades, selleks olid Lõuna- ja Kesk-Euroopa mägialad. Seal elasid füüsiliselt ja psüühiliselt haiged inimesed. Esimene hoolekandeaustus avati Šveitsis aastal 1841. Selle rajajaks oli Johan Jakob Guggenbühl. Vastupidiselt uskumusele, et füüsilist ja vaimset alaarengut põhjustas joodipuudus, uskus tema, et kretinismi põhjustas kuumus ja kitsaste orgude seiskunud õhk. Hoolekandeaustus suleti juba 20 aasta pärast, aga Guggenbühl pani aluse süstemaatika kasutamisele hooldekodudes. (Bakk & Grunewald, 1999, lk 8)

19. sajandi keskpaigas kasutati puuetega inimeste arendamises ja järelvalves kahte peamist meetodit: (Bakk & Grunewald, 1999, lk 9)

- Erikasvatus ja eriõpetus;
- Hooldamine suurte gruppidega hoolekandeesutustes.

Alguse sai hooldamine hoolekandeesutustes Saksamaal. Peale seda alustati institutsionaalset hooldustegevust Inglismaal, siis Euroopas ja lõpuks alustati sellega USA-s. Hoolekandeesutused olid nii suured, et need moodustasid asundusi. Hoolekandeesutuste rajamise põhjusteks olid inimeste aitamine ja kaitsmine ühiskonna eest. (*Ibid*, lk 9)

Vastupidiselt 19. sajandil levinud arvamusele, et puudega inimest tuleb ühiskonna eest kaitsta, hakkas levima 20. sajandi esimestel aastakümnetel hoiak, et ühiskonda on vaja puuetega inimeste eest kaitsta. Eeldati, et erivajadustega inimesed on väga suureks ohuks ühiskonnale, sest neid süüdistati vaesuses, kuritegevuses ja juhuslikes vahekordades. Selliste arusaamade tõttu võeti kasutusele abielukeeld ja ravi hoolekandeesutuses: (Bakk & Grunewald, 1999, lk 9)

Kuna erivajadustega inimesed tuli ühiskonnast eemaldada, siis muutusid hoolekandeesutused üha suuremaks. Tööjõuna kasutati juba siis töövõimelisi erivajadusega inimesi, sest hooldekodud pidid olema võimalikult iseseisvad. Sellel ajastul meditsiinilist lähenemist puuetega inimestele ei rakendatud ning neid ei uuritud psühhiaatrias, aga vajadusel hoiti psühhiaatriaiglates. Pool sajandit hiljem saadi aru, et ükski eeltoodud meetmetest ei toimi. Mõisteti, et kõige olulisem abinõu puuetega inimeste puhul on ühiskonna toetus – majanduslik heaolu ja ühiskonna sotsiaalse vastuvõime suurenemine. (Bakk & Grunewald, 1999, lk 14)

Esimesed sihipärased hoolekandelised tegevused leidsid aset Eesti- ja Liivimaal kloostrite varjupaikades ja seekides. Erivajadusega inimestele olid hospitalid pidalitöbistele ja vigastele. Esimesed andmed on pärit 13-14. sajandist ning seotud ristiusu levikuga. Vanimateks hoolekandeesutusteks olid seegid. Seal said inimesed toitu ja peavarju. Järgmiseks arenguetapiks olid aastad 1870-1880, millal hakati rajama

valdadesse oma vaestemaju. Kuna rahvaarv oluliselt suurenes, siis tekkis rohkem abivajajaid, keda aitasid hoolekandeesutused. Kui abivajaja sattus hoolekandeesutusse, siis sellel ajal tõi see endaga kaasa vabadusekaotuse. (Kreem, 1995, lk 20)

19. sajandi lõpuks oli Eestis kolm hoolekande vormi: (Kreem, 1995, lk 21)

- Hoolekanne asutuses – kinnine hoolekanne;
- Abi andmine koju – lahtine hoolekanne;
- Paigutushoolekanne ehk hooldus peres – lahtine hoolekanne.

Halastusheategevusega tegelesid eraorganisatsioonid, hoolitsedes joodikute, prostituutide ja vaimuhaigete eest. Hoolekandeseadus võeti vastu aastal 1925 ja sellele järgnes hoolekande laiendamine. Peamiselt laiendati küll hoolekandeesutusi, aga ka lahtist hoolekannet ehk abi andmist koju ja paigutushoolekannet. Hoolekandeseaduse kohaselt pidi iga kohalik omavalitsus ise aitama oma abivajajaid. Selle arenguga nähti ka personali koolitamise vajadust. (Kreem, 1995, lk 22)

Tänapäeval on hoolekandeesutused liigitatud vastavalt abivajavate isikute vajadustele. Ööpäevaringsed hoolekandeesutused on eraldi lastele, eakatele, psüühiliste erivajadustega inimestele ja teistele sotsiaalselt mittetoimetulevatele inimestele. Enam ei kuulu hoolekandeesutused ainult kohalikule omavalitsusele vaid võivad olla riigi või kohaliku omavalitsusüksuse asutused või avalik-õiguslikud või eraõiguslikud juriidilised isikud. (Sotsiaalministeerium, 2013)

Tänapäeva hoolekandeesutused jagunevad vastavalt inimeste vajadustele: (Sotsiaalministeerium, 2013)

- päevakeskus - inimeste päevaseks hooldamiseks.
- tugikodu - kodus elavate puuetega inimeste päevaseks või perioodiliseks ööpäevaseks hooldamiseks.
- varjupaik - inimestele ajutise ööpäevase abi ja toe ning kaitse pakkumiseks.
- asenduskodu - lastele turvalise kodu võimaluse pakkumiseks.
- noortekodu - asenduskodust, erivajadustega õpilaste kodust või koolkodust pärit või vanemliku hoolitsuseta jäänud üle 15-aastastele noortele elamiseks ja rehabilitatsiooniks.

- üldhooldekodu - eakatele ja puuetega inimestele elamiseks, hooldamiseks ja rehabilitatsiooniks.
- koolkodu - puuetega kooliealistele lastele elamiseks, hooldamiseks, arendamiseks ja õpetamiseks.
- sotsiaalse rehabilitatsiooni keskus - erivajadustega inimestele aktiivseks rehabiliteerimiseks.
- erihooldekodu - psüühilise erivajadusega inimestele hooldusteenuse pakkumiseks, kus teenuseosutaja omandis või kasutuses on ruumid või territooriumid.

Erihoolekandeteenuste rajamist alustati Eestis 1998.aastal. Kuni selle ajani finantseeriti kõnealuses sektoris riigieelarvest ainult hooldekodus hooldamise teenust, st toimis asutusepõhine finantseerimisskeem. 1999. aastal täiendati finantseeritavate teenuste loendit päevakeskuse teenusega ja 2000. aastal rehabiliteerimise teenusega. (Paavel et al., 2001, lk 52)

Kokkuvõtteks võib öelda, et erivajadustega inimesi on sildistatud juba väga kaugetest aegadest. Neid on nimetatud erinevate väljenditega. Ilmselt on alavääristavad ja negatiivsed hoiakud kujunenud juba keskajast. Neid peeti ohtlikuks ühiskonnale ja raviti ainult psühhiaatriahaiglates või kinnises hoolekandenasutuses. Praegusel ajal keskendutakse rohkem inimese enda soovidele ja tugevustele.

1.2. Erihoolekande korraldamise alused

Peamised teenused aastatel 1960 olid lääneriikides psüühilise erivajadusega inimestele ravimine haiglas ja hooldamine suletud asutuses. Arvamus, et iga inimene peab saama elada võimalikult tavapärastes tingimustes, hakkas levima umbes samal ajal. Normaliseerimisidee leviku loogilise jätkuna algas deinstitutionaliseerimine, mis tähendas teenuste järk-järgulist väljatoomist suurtest suletud rezhiimiga hooldusasutustest ja lõpeks nende sulgemist. (Paavel et al., 2001, lk 26)

Hoolimata hoolekande jõudsast arengust on erivajadusega inimesed siiski pidanud igal ajastul hakkama saama sotsiaalse keskkonna tõrjuva hoiakuga, seda ka praegusel ajahetkel. Igapäevaselt toimub pidev iseenda eest seismine ja tõestamine oma iseseisvuse ja sõltumatuse eest. Tänapäeval on seadusandluse muudatused ja uued investeeringud kaasa aidanud võrdsete võimaluste loomisele puuetega inimeste igapäevaelus. Siin on peamiselt mõeldud tööhõivet, et erivajadusega inimene saaks võimaluse muutuda ülalpeetavast maksumaksjaks. (Eesti puuetega inimeste koda, 2001, lk 7)

Erihoolekande arengul on Eestis olnud kaks eesmärki:

- Erivajadustega inimeste võimete arendamine, et nad oleksid võimalikult iseseisvad oma igapäevases elus;
- Erivajadustega inimesed elavad koos teiste inimestega ja neil on võimalus olla võrdväärne kogukonna liige ja leida sealt uusi tuttavaid ning sõpru.

Situatsiooni, kus puudega inimesel on võrdsed võimalused „tavaliste inimestega“ tähendab normaliseerimispõhimõtet. Sellest põhimõttest lähtuvalt peavad neile olema kättesaadav arstiabi ja teised ametiasutused, neil peab olema võimalus kogukonnas uusi suhteid luua.

Enam ei lähtuta põhimõttest, et piisab ainult sellest, kui ollakse üksteise vastu sõbralikud. Ei ole peamine saavutada kõike seda, mida teised peavad normaalseks, aga on väga oluline osaleda võimalikult normaalses elus. Normaliseerumispõhimõte peab silmas erihoolekandeteenuse lõimumist kogukonnaga. (Bakk & Grunewald, 1999, lk 16-21)

Deinstitutsionaliseerimise ja kogukonnapõhiste teenuste märksõnadeks on kliendikesksus ja edukas taastumine. Varasemalt ei ole erihoolekandeteenusel viibimise eesmärgiks olnud taastumine ja uskumus, et psüühilisest häirest on võimalik terveneda või sellega elada väljaspool hooldekodu. Enam ei keskenduta diagnoosile ja psüühikahäirete kliinilistele aspektidele, sest taastumine on igal inimesel väga individuaalne. Kõige olulisem on identiteet, enesemääramine ja elu mõte. Selle kõige juures ei tohi unustada haiguse ja sümptomite jälgimist ning leevendamist. (Bugarszki, 2014, lk 32)

Hollandi on deinstitutionaliseerimisega jõudnud kogukondadesse. Seal pööratakse suurt tähelepanu taastumisele psüühilisest haigusest ning teguritele, mis on taastumise puhul olulised. Inimesed, kes on ise psüühilisest haigusest taastunud, jagavad kogemusi ja saavad koolitusi. Seeläbi on neil võimalus saada professionaalseks kogemusnõustajaks. Kogemusnõustamine muudab meditsiinilist mudelit ja toob esile sotsiaalse mudeli, kus on olulised inimeste kogemused. Hollandis võeti uue lähenemisega seoses vastu uus sotsiaalse toetamise seadus, mis keskendub inimesele endale. Seal on määratud, mida inimene alustuseks ise teha saab, siis kaasatakse perekond ja sotsiaalne võrgustik. Kui nendest ei piisa, siis alles kasutatakse spetsialistide teenuseid (spetsialiseeritud päevakeskused). (Lind & Wilken, 2013, lk 41-45)

Üldine põhimõte on muuta teenused taastumisele suunatuks. Läänes on üle mindud hoolekandest kogukonnateenusele ja keskendutakse sellele, kuidas hoolekandeteenuseid ja töökorraldust muuta veel rohkem kogukonnapõhiseks. Toimub teenuste üleminek uude ajajärku. (Lind & Wilken, 2013, lk 41-45)

Eestis käsitleb erihooldekande arengukava aastatel 2014-2020 deinstitutionaliseerimise temaatikat kõige täpsemalt. Deinstitutionaliseerimise käigus suureneb iseseisvat toimetulekut toetavate teenuste kohtade arv võrreldes ööpäevaringse institutsionaalse hooldusteenuse kohtade arvuga. Plaanis on kogukonnaga tihedamalt seotud toetavate teenuste arendamine, kättesaadavamaks muutmine ning paindlikum osutamine. (Sotsiaalministeerium, 2014)

Institutsionaalne hooldus võrreldes kogukondlike teenustega on tunduvalt halvem variant ja võib põhjustada eraldatust ning ühiskonnaelust väljajäämist. Enamikes suurtes hooldekodudes ei oma elanikud õiguseid ise otsustada oma elu üle. Personalil ei ole aega tegeleda kliendiga individuaalselt ja tihti on teenuseosutaja nõuded olulisemad kui klient. (Sotsiaalministeerium, 2014)

Erihooldekande deinstitutionaliseerimisel on kolm eesmärki: (Sotsiaalministeerium, 2014)

- psüühilise erivajadusega täisealistele on tagatud võrdsed võimalused eneseteostuseks;

- erihoolekandeteenused on deinstitutionaliseerimise põhimõtteid järgivad;
- erihoolekandeteenused on kvaliteetsed ning teenuseosutaja on kvalifitseeritud ja asjatundlik.

Institutsionaalne hooldus võrreldes kogukondlike teenustega on tunduvalt halvem variant ja võib põhjustada eraldatust ning ühiskonnaelust väljajäämist. Enamikes suurtes hooldekodudes ei oma elanikud õiguseid ise otsustada oma elu üle. Personalil ei ole aega tegeleda kliendiga individuaalselt ja tihti on teenuseosutaja nõuded olulisemad kui klient. (Sotsiaalministeerium, 2014)

Peamine ei ole ainult suurte hooldekodude sulgemine. Suurendatakse toetavate teenuste osakaalu, muudetakse kättesaadavaks teenustesüsteem kogukonnas ning võrreldes varasemaga on teenuste osutamine jätkusuutlikum ja tulemuslikum. Varasemalt tehtud uuringud kinnitavad, et kui elanikul on valida, kas elada suures hooldekodus või väikeses üksuses kogukonnas, siis valib ta viimase. Kogukonnas elamine tõstab nende rahulolu ja sotsiaalset hõivatust ning vähendab üksindust ja ebakindlusega seotud probleeme (Sotsiaalministeerium, 2014)

Puuetega inimesi on alati sildistatud erinevate nimetustega, seda seetõttu, et nad on erinevad. Sildistamine ja hooldekodudes elamine on pigem olnud alavääristav. Kogukondades elamine aitab esile tuua nende oskused, võimed, kogemused, soovid ja unistused. Kui suhtuda nendesse võimalustesse positiivselt ja lõimuda need teiste inimeste ning organisatsioonidega, on see kasulik ja rahulolu tekitav kõigile. (Kreem, 1995, lk 32)

Praeguseks on loodud esimesed peremajad ja hoolekandekülad. Järgmisena jätkatakse väiksemate kui 30-kohaliste teenuseüksuste loomist ja kohandamist. Keskendutakse kogukonnapõhiste teenuste arendamisele. Väikeste üksuste loomisel lähtutakse asulate lähedusele ja kogukonna teenuste olemasolule ning kättesaadavusele. (Sotsiaalministeerium, 2014)

Kogukondlike suhete tugevus ja kvaliteet mõjutab inimese igapäevast elu ja rahulolu tunnet, see on perekonna järel järgmine lähedane suhete süsteem. Kogukonda aitab luua sisemine kuuluvustunne ja ühiste väärtuste jagamine. Räägitakse kogukonna eneseabist,

mis on vabatahtlik ühinemine selleks, et lahendada erinevaid probleeme, mis võivad kogukonnaliikmetel esineda. Selline tegutsemine arendab kogukonnas elavate inimeste elukeskkonda. Järelikult on kogukonnal väga oluline roll erivajadusega inimese elus. (Rikmann, 2007, lk 257-259)

Kokkuvõtvalt saab öelda, et psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandes on toimumas suured muudatused. Luuakse väikseid üksuseid kogukondadesse ja suletakse suured erihooldekodud. Väiksed üksused peaksid olema rohkem kliendikesksed ja muutma kogukonnaga lõimudes hoiakuid ja eelarvamusi. Samas peaks selline lähenemine tõstma ka teenuse kvaliteeti, võrreldes suurtes hooldekodudes pakutavate teenustega.

1.3. Psüühikahäired ja nende tekkepõhjused

Maailma Tervishoiu Organisatsiooni andmetel kannatab ligikaudu 25% maailma elanikkonnast psüühikahäirete all, kuid vaid 40% neist juhtudest diagnoositakse ja ravitakse. Kogu Euroopa täiskasvanud elanikkonnast vanuses 18-65 kannatab mõne vaimse tervise häire all hinnanguliselt 27%, kuid vaid 26% neist on otsinud professionaalset abi. Sagedamini esinevate psüühikahäirete levimus rahvastikus on vastavalt ärevushäiretel 14%, meeleoluhäiretel 7,8% sh depressioon 6,9%, somatoformsetel häiretel 4,9% ja alkoholisõltuvusel 3,4%. (Bogdanov & Pertel, 2012, lk 11)

Levinud on arusaam, et psüühikahäirega inimesed on ohtlikud. See ei ole alati nii, aga teatud riskid siiski on. Selline inimene võib olla ohtlik nii teistele kui ka endale. See võib tähendada agressiivsust, ebapiisavat toitumist, oskamatus valida ilmastikule vastavat riietust, võlgadesse sattumist ja sotsiaalset eraldatust. Sekkumise ja ennetamise puhul on oluline erinevate spetsialistide sekkumisvõtted ja koostöö inimese, tema lähedaste, raviarsti, sotsiaaltöötajate ning erinevate teenuseosutajate vahel. (Otepalu & Kirja, 2013, lk 46)

Psüühikahäire on erineva raskuse ja eripäraga hälve aju psüühilistes funktsioonides, millega enamasti kaasneb distress ja mis häirivad isiku funktsioone ning nende häirete

puhul on oluline teada psühhopatoloogilisi sümptomeid: (Rahu & Otepalu, 2010, lk 43-46)

- Tajumishäired;
- Mõtlemishäired:
- Mäluhäired;
- Intellektihäired;
- Tundeeluhäired;
- Tahteeluhäired;
- Instinktihäired;
- Teadvusseisundihäired.

Eestis on psüühikahäirest negatiivse maine kujundanud enamasti meedia ja see, et seadusandluses ei ole riskikäitumine ning juhtimine reguleeritud, see ei ole juurdunud erihooletusteenuste igapäevases töös samuti. Samas on olemas vajadus, et riskihindamine ja –juhtimine oleksid vaimse tervise valdkonnas järjepidev töö osa. Inglismaal on nõue, et vaimse tervise teenuseosutajal on välja töötatud riskipoliitika ja personal läbib riskikoolitusi iga kolme aasta tagant. Selline süsteem aitaks ennetada suitsiidiriski ja üldiseid vägivallajuhtumeid. Lisaks tagaks see inimesele ravi kättesaadavuse õigel ajal ja vähendaks ööpäevaringsele erihooletusteenusele sattumise juhtumeid. (Otepalu & Kirja, 2013, lk 46)

Kognitiivne teooria tegeleb inimese mõtlemisega: uurib inim mõtlemise võimeid kontrollida seda, kuidas stiimulid käitumist mõjutavad ja keskendub sellele, kuidas taju ja meie ümbruse analüüsimine meie käitumist mõjutab. See, kuidas toimub tajumine, tingib mõtted ja tegevuse ning irratsionaalsed mõtted või taju häired viivad maailmapildi ebõigele mõistmisele. (Payne, 1995, lk 153)

Isikul, kellel esineb sundmõtteid ja luulumõtteid, on mõtlemishäired. Tavaliselt on sundmõtete talumine väga väsitav ja inimene saab ise ka aru, et tegemist ei ole õiglaste mõtetega. Vastupidiselt sundmõttele ei allu luulumõte mõistusele ja inimene ei suuda vahet teha, kas tegemist on adekvaatse või mitteadekvaatse mõttega. Mõtlemishäired ei peegelda õigesti tegelikku maailma. (Rahu & Otepalu, 2010, lk 43)

Käesolevas lõputöös keskendutakse rohkem skisofreeniale, sest uurimustöö valimi moodustab peamiselt see sihtgrupp. Selle haiguse sümptomid avalduvad mõtlemises, tajumises, tundeelus ja käitumises. Skisofreenia saab alguse tavaliselt noores täiskasvanueas seoses geneetiliste, bioloogiliste, sotsiaalsete ja psühholoogiliste tegurite kaudu. Samuti võib haigus ilmned narkootiliste ainete kasutamise tulemusena. Haigus esineb 1% elanikkonnast ja kõige sagedasem haigestumise periood on 18-25 aastast. (Soon, 2011, lk 12)

Skisofreeniat on varasematel aegadel nimetatud varajaseks seniilsuseks. Selle haiguse sümptomeid seostatakse tavaliselt lõhestunud isiksusega. Sageli esinevad selle haiguse puhul kuulmishäired. Hääl on peas ja ütleb, mida teha ning skisofreenikutele tundub see täiesti reaalne. Peamised sümptomid on skisofreenia puhul need, kus isik tunneb end suursugusena ja tunneb, et kõik on tema vastu ning teda luuratakse. Bioloogiliste selgituste kohaselt on skisofreenia geneetiliselt päritav. Psühholoogiliste selgituste kohaselt on skisofreenia seotud perega, kus esineb palju konflikte ja ära kasutamist. (Cox, 2001, p 466)

Psüühikahäire ei koosne ainult ühest sümptomist, haigusega võib kaasneda tavaliselt mitmeid erinevaid sümptomeid. Aeg, millal psüühikahäire võib ilmned ei ole piiritletud. Võib minna aastaid, aga mõnikord võib haigus ilmned minutitega. Haiguse alguses muutub inimese psüühiline tegevus ja käitumine tavapärasega võrreldes. Tervise halvenemine väljendub haigushoogudena. Haiguse kulg sõltub erinevatest teguritest ja sagedamini võivad tervise halvenemise esile kutsuda ravimitest loobumine, suhted teistega, muutused elukeskkonnas jne. (Rahu & Otepala, 2010, lk 46)

Psüühikahäirete tekkepõhjuseks võivad olla konkreetse juhtumiga seotud negatiivsed tunded nt lähedase kaotus. Kuna emotsioonid on tugevad, avaldab see mõju kogu närvisüsteemi tegevusele ning sealt edasi kogu organismile ja peaaegu tegevusele. Selliseid äärmiselt negatiivse mõjuga ühekordseid sündmuseid tuntakse psühhotraumana. (Saarma, 1977, lk 23)

Kuna psüühikahäire tekitab muutusi peaaegu tegevusele, siis sellest tulenevalt tekib hälbekäitumine. Hälbekäitumine tähendab, et rikutakse erinevaid sotsiaalseid ja

aktsepteeritavaid norme. Sotsiaalne kord ühiskonnas eeldab, et kõik inimesed käituvad ühiskonnas nii nagu neilt seda oodatakse. Hälbekäitumise kohta on mitmeid teooriaid, mis seletavad, miks inimesed oma käitumises hälbivad. (Hess., Markson & Stein, 2000, lk 86)

On erinevaid teooriaid, mis käsitlevad psüühikahäireid ja nende tekkepõhjuseid ning arvamus, et hälbiva inimesega on midagi väga valesti, eksisteerib juba väga ammu. Sheldon on bioloogilise teooria kohaselt välja pakkunud klassifikatsiooni, kus jagas inimesed kehakuju järgi endo-, ekto- ja mesomorfseteks. (Hess., Markson & Stein, 2000, lk 92)

Bioloogilise teooria selgitusel on endomorfset inimesed paksud ja kalduvad manikaalsusse, depressiooni ja alkoholismi, ektomorfset inimesed on peene kondi, peente lihastega ja kalduvad skisofreeniasse ning mesomorfset inimesed on muskulisel kehaehitusega ja kalduvad maniakaal-depressiivsesse psühhoosi, alkoholismi ja kuritegevusele. Ometi andis kolmel kehatüübil põhinev teooria vastuolulisi tulemusi. Praegusel ajal lähtutakse pigem inimese kromosoomistruktuurist. (Hess., Markson & Stein, 2000, lk 93)

Psühholoogilised teooriad väitsid, et hälbiv käitumine on seotud inimese moraalse või vaimse kriisiga. Need inimesed, kes rikkusid sotsiaalseid norme, kutsuti 19. sajandil moraalseks imbetsillideks. Vaatamata normide rikkumisele oli nende mõistus ja intellekt normaalsel tasemel. Viimased psühholoogilised lähenemised on keskendunud lapsepõlvkogemustele, millest sõltuvad inimese ego ebaterve kujunemine või puudub võime oma käitumist kontrollida. Sellele teooriale võib vastu vaielda, sest enamus on meist saanud lapsepõlves negatiivseid kogemusi, aga see ei ole mõjutanud meie käitumist täiskasvanutena nii, et sellest kujuneks välja hälve. (*Ibid*, lk 93)

Hälbelised tegevused ja normide eiramine, on inimesel ilmselt põhjustatud elu jooksul omandatud käitumisviisist. Seevastu rõhutavad individualistliku teooriad, et hälbelisus on põhjustatud ebavõrdsusest ja mitteadekvaatsest käitumisest. (Hess., Markson & Stein, 2000, lk 93)

Psühholoogidel ja sotsioloogidel on psüühikahäire kujunemises erinevad seisukohad. Psühholoogid keskenduvad vaimuhaiguste klassifikatsioonile ja sotsiolooge huvitab peamiselt: (Hess., Markson & Stein, 2000, lk 100)

- Vaimuhaiguste tekkimisega seotud sotsiaalsed faktorid;
- Protsessid, millega inimene tunnistatakse vaimuhaigeks.

Sotsioloogile tähendab vaimuhaigus residuaalsust ehk jääkhälvet. Ollakse veendunud, et psüühikahäired väljendavadki ajastu käitumisnorme. 19. sajandil peeti masturbeerimist ja homoseksuaalsust vaimuhaiguse sümptomiteks, nüüdisajal on mõlemad aktsepteeritud käitumisharjumused. Inimesed võivad näha, kuulda ja tunda mitmesuguseid asju kas geneetilistel või perekondlikel põhjustel, stressist tulenevalt, narkootikumide kasutamise, väsimuse või tahtlikult tekitatud meeleolu tulemusena. Selline teatud käitumine sildistatakse vaimuhaiguseks. (Hess., Markson & Stein, 2000, lk 100)

Olulist rolli omab skisofreenia avaldumisel keskkond ja selle mõju. See võib soodustada või pidurdada geenide poolt tunnuste väljakujunemist. Mitmed keskkonnategurid nagu kanepi tarvitamine, rasedusaegsed tüsistused, lapseea traumad, migratsioon ja linnastumine võivad psühhooside tekkeriskiga seotud olla. Aju anatoomilised ja funktsionaalsed muutused võivad olla juba olemas looteas. Tänapäeval räägitakse järjest rohkem skisofreeniast kui kesk närvisüsteemi varase arengu häirest ja sellega liitub aju küpsemise häire. (Soon, 2011, lk 13)

Haigust on raske märgata ja selle kulus eristatakse mitut faasi. Ravipraktikaga peamine suund on sekkuda võimalikult vara ja haiguse ennetamine. Siiani ei ole asjatundjate poolt leitud, millise metoodika rakendamine oleks skisofreenia puhul kõige efektiivsem. On kasutatud antipsühhootikume, antidepressante ja psühhosotsiaalseid programme. Haiguse kulg on erinev, sest võimalik on täielik paranemine, peaaegu täielik paranemine, korduv ägenemine või krooniliseks muutumine. Ravi eesmärk on paranemine, mis laseksid iseseisvalt igapäevaeluga hakkama saada, tööl või õppimas käia ning tegeleda oma huvide ja hobidega. (Soon, 2011, lk 16)

Tänapäeval tekitab skisofreenia inimestes ikka veel hirmu ja negatiivseid hoiakuid, sest haigus seostub müütide, stereotüüpide ja eelarvamustega. See omakorda tekitab

sildistamist ja tõrjumist. Stigma vastu saaks rakendada eelpool nimetatud riskihindamist ja –juhtimist. See aitaks inimesel mõista oma olukorda ning seda, kuidas teised teda ja tema käitumist tajuvad. Sellest saaks abi inimene ise, tema lähedased, selle valdkonnaga töötavad töötajad ja ühiskond. (Otepalu & Kirja, 2013, lk 46)

Üldine puude tõsidus peegeldab puudega isiku võimete ja omaduste ning ühiskonna omaduste koosmõju. Skisofreeniapatsientide puuet ja kaasnevaid füüsilisi haigusi ei põhjusta pelgalt patoloogilised kõrvalekalded ajutalitluses. Halb füüsiline tervis ja enneaegne suremus on ka skisofreeniapatsientide ja ühiskonna vaheliste, sotsiaalselt ja funktsionaalselt vildakate suhete tulemus. Skisofreeniapatsiendid ei ela teistest vähem mitte seetõttu, et skisofreenia oleks letaalse kuluga haigus, vaid põhjusteks on diskrimineerimine, raskendatud ligipääs tervishoiuteenustele, terviseriskide ja füüsiliste haiguste tekkeriskide jälgimata jätmine, ning pereliikmete ja ühiskonna vähene tugi. Toeta jäänud skisofreeniapatsiendi võime ise enda eest hoolitseda kahaneb kiiresti olematuks. (Maailma Vaimse Tervise Liit, 2015, lk 47)

Kokkuvõtteks saab öelda, et psüühikahäired võivad avalduda geneetiliselt, narkootikumide tarvitades või isegi traagilise sündmuse tagajärjel. Sellega võivad kokku puutuda kõik inimesed. Oluline mõju on keskkonnateguritel. Bioloogilise teooria järgi arvati, et psüühikahäireid on võimalik diagnoosida inimese kehakuju järgi, aga tänapäeval lähtutakse keskkonnast ja selle mõjust. Psühholoogilised teooriad käsitlevad lapsepõlvest tulenevaid negatiivseid kogemusi. Uurimustöö autor toetab sotsioloogi arvamust, kus psüühikahäired väljendavad erinevate ajastute käitumisnorme ja see on seotud geneetiliste, väsimusest tulenevate ja narkootikumide tarvitamisest tulenevate teguritega.

1.4. Erivajadustega inimeste õigused ja elukvaliteet

Psüühilise erivajadusega inimestele orienteeritud teenuste süsteemide kujundamisel on maailma eri riikides erinevatel aegadel kasutatud erinevaid erialatehnoloogilisi mudeleid. Siiski on täheldatavad teatud üldised printsiibid ja lähenemised, mis on olnud süsteemide kujundamise aluseks. Ennekõike võiks siinkohal välja tuua kõigi kodanike võrdväärsuse

ja võrdõiguslikkuse printsiibi, mille järjepidev väärtustamine ja rakendamine on viimastel aastakümnetel olnud mitmete psüühilise erivajadusega inimeste teenuste süsteemi põhjapanevate muutuste initsiaatoriks. (Paavel., Kõrgesaar & Sarjas, 2001, lk 26)

Protsessi mille käigus luuakse võrdsed võimalused, peavad tegema kõigile kättesaadavaks erinevad ühiskonna- ja keskkonnasüsteemid. Siia kuuluvad teenused, talitused, informatsioon ja dokumentatsioon. Eeldusel, et kõigi inimeste vajadused on võrdse tähtsusega peavad need olema ühiskonnas planeerimise aluseks. Kõiki ressursse tuleb kasutada selliselt, et need kindlustaksid kõigile võrdsed võimalused. (Eesti puuetega inimeste koda, 2001, lk 7)

Erivajadustega inimesed on ühiskonnaliikmed ja neil on õigus jääda endale sobivasse keskkonda. Sobivas keskkonnas peavad nad saama vajalikku abi ja toetust tavaliste hariduse-, tervishoiu-, tööhõive-, ja sotsiaalteenuste raames. Võrdsete õiguste kõrval tuleb lähtuda ka võrdsetest kohustustest. (Eesti puuetega inimeste koda, 2001, lk 7)

Igal isikul peab olema võimalus elada oma elu nii, et see oleks mõtestatud. Elu, mis põhineb tema võimel ja isiklikel eesmärkidel. Õiguste andmine annab võimaluse elada iseseisvat elu ja osaleda aktiivselt ühiskonnaelus. Selleks, et tagada inimeste võrdõiguslikkus tuleb luua ühiskond ja keskkond, mis on juurdepääsetav ja kättesaadav. See seisneb füüsiliste, hoiakuliste ja kommunikatsioonialaste takistuste likvideerimises. Nad peavad saama otsustada oma hariduse, töö, teenuste ja eluviisi üle. Kõik see peab olema neile täielikult kättesaadav. (Oulu Diakoonia Instituut, 1997, lk 12)

Eestis on praeguseks käivitunud töövõimereform ja töövõimetuspensionäride aktiivsus järjest kasvab. Töövõimereformi alusel pakutakse rohkem tööturuteenuseid arvestades erivajadustega inimeste individuaalseid vajadusi. Igapäevaelus saab abi Sotsiaalkindlustusametist ja töö otsimisel ning säilitamisel aitab töötukassa, kes kannab töövõimereformi rakendamisel peamist rolli. Reformi eesmärk on töövõimetuspensionäride toetamine ja täisväärtusliku elu pakkumine läbi töö leidmise. Senise töövõimetuse asemel hinnatakse töövõimet. (Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet, 2016, lk 7)

Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti poolt korraldatud sotsiaaluuringust selgus, et puuetega inimeste toimetuleku parandamiseks vajab iga kolmas (33%) töötav erivajadusega inimene praegusel töökohal toetavat abi. Kvalitatiivuuringust selgus, et 76% vastanutest ei käi tööl, aga sooviksid töötada ja vajavad abi töö leidmisel ja ümberõpet uue elukutse omandamisel. (Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet, 2016, lk 8)

Avatud teenuste kättesaadavuse puhul on oluline tervishoiu teema ja puuetega inimeste hinnangu kohaselt võiks Eestis olla perearstikeskuste juures samuti sotsiaaltöötajad. Arendada on vaja tugiisikute süsteemi ja rohkem rakendada kogemusnõustamise teenuseid. Lisaks puude määramisele tuleb hinnata spetsialistide poolt isikliku abistaja teenuse vajadust. (*Ibid, lk 8*)

Sotsiaalhoolekanne on toimingute süsteem, mis hõlmab sotsiaalteenuseid, sotsiaaltoetuseid, vältimatut sotsiaalabi ja muu abi osutamist. (Sotsiaalhoolekande seadus, RT I, 1995, 21, 323)

Sotsiaalkaitse hõlmab sotsiaalhoolekannet, mis puuetega inimestele peab tagama arstiabi ja sotsiaaltöö teenused nii kodudes, kui ka hooldekodudes. Sotsiaalkaitse on riiklik, aga võib olla korraldatud ka avalike ja erainstituutide poolt. Sotsiaalne õigus tähendab, et isikul on õigus sotsiaalsele kaitsele. (Salu, 2001, lk 202)

Sotsiaalhoolekande põhimõtted on: (Sotsiaalhoolekande seadus, RT I, 1995, 21, 323)

- Inimõiguste järgimine;
- Vastutus enda ja pereliikmete toimetuleku eest;
- Abiandmise kohustus ja toimetuleku soodustamine.

Eesti Vabariigi Põhiseadus sätestab, et Riigikogu, Vabariigi Presidendi, Vabariigi Valitsuse ja kohtute tegevus on korraldatud võimude lahususe ja tasakaalustatuse põhimõttel ning et igaühel on õigus pöörduda oma õiguste ja vabaduste rikkumise korral kohtusse. Põhiseaduses § 12 on sätestatud selgesõnaline diskrimineerimise keeld. Kõnealune paragrahv ei sisalda konkreetselt puuet kui keelatud alust diskrimineerimiseks, kuid see on hõlmatud väljendiga „muud asjaolud“. § 28 sätestab, et puuetega inimesed on riigi ja kohalike omavalitsuste erilise hoole all. (Open Society Institute, 2005, p 28)

Puuetega inimeste õigused, kohustused ja teenuste kättesaadavus on deinstitutsionaliseerimises küll olulised, aga sellega kaasnevad veel inimväärsamad elamistingimused. Põhisuund on luua alla 30- kohalisi teenuseüksuseid. See tähendab, et kliendid hooldekodudes ei pea enam elama mitmekesi ühes toas. Probleemse käitumise ennetamiseks on üks normaliseerimise komponente elamine nii loomulikus keskkonnas kui võimalik. Loomulikuks elukeskkonnaks ei saa pidada haigla tüüpi hoolekandeosakonda, kus klienti puudutav füüsiline keskkond piirdub voodi ja öökapiga palatis. (Sotsiaalministeerium 2014)

Erivajadustega inimeste elukeskkond jaguneb esmalt füüsiliseks, mis hõlmab endas kodu olemasolu, riietust ja vastavust vajadustele. Füüsiline keskkond ei mõjuta otseselt käitumist ja suhteid, aga kaudselt küll. See kannab endas inimese huvisid ja väärtuseid. Sotsiaalse keskkonna kaudu on võimalik inimese heaolu mõjutada. Viimaseks on kultuuriline keskkond, kuhu kuuluvad kombed, traditsioonid ja normid. Läbi keskkonna on võimalik mõista inimest ja tema käitumist. Keskkonnast tulenevad tegurid on inimese käitumise kõige otsesemad mõjutajad. (Rannastu, 2005, lk 40)

Üldiselt mõistetakse keskkonna all kohta, kus klient elab, töötab, õpib ja veedab oma vaba aega. Selleks keskkonnaks võib olla psühhiaatriaigla või vaimse tervise teenuste pakkujad. See võib olla ka naabruskond või linnaosa. Eestit tervikuna võib samuti vaadelda keskkonnana, milles on kultuurilised, poliitilised ja majanduslikud eripärad. Ühiskondlikes struktuurides on erivajadusega inimese jaoks takistavaid tegureid, nagu seadused ja määrused ning arvamused, mis häbimärgistavad puuetega inimesi. (Wilken, 2015, lk 164)

Elukvaliteedi suureks mõjutajaks on võrdsete võimaluste loomine ühiskonnas. Eesti Vabariigi põhiseaduse § 28 on riigil kohustus tagada puuetega inimestele kaitse, mis lahti mõtestatult tähendab erinevate abinõude loomist takistuste likvideerimiseks, võrdsete võimaluste loomist kõigi kodanike vahel ja elukvaliteedi parandamist. (Eesti puuetega inimeste koda, 2001, lk 7)

Füüsilise keskkonna kujundamisel on märksõnadeks kodusarnasus, sobiv stimulatsioon ja arusaadavus. Elukeskkonna piiritlemine muudab keskkonna väiksemaks,

turvalisemaks ja arusaadavamaks. Kliendi koduks ei saa olla terve asutus oma koridoride, lugematute magamistubade, personali- ja laoruumidega. (Sotsiaalministeerium 2014)

Psüühilise erivajadusega inimestel on vajadus privaatse ja koduse eluruumi järele. Samas on neil esmalt vajalik kohaneda tegevustega oma üksuse piirides, seejärel selle läheduses, et hiljem ise aktiivsemalt kasutada sealseid tegevusvõimalusi. Erihoolekandeteenuste deinstitutionaliseerimise kaugem eesmärk on pakkuda suuremat osa teenuseid väljaspool institutsionaalset hooldust. Eesti kui üks kõige suuremate institutsioonidega riik peab läbima üleminekuperioodi, et asutuses elama harjunud inimestel oleks aega kohaneda iseseisvama elustiiliga, ning suurendama ühiskonna teadlikkust ja sallivust psüühilise erivajadusega isikutele kogukonnas teenuste osutamiseks. (Sotsiaalministeerium 2014)

Humanitaarsed vaated kogukonnas on rõhutanud, et igale inimesele tuleb läheneda individuaalselt, mitte sildistades ega üldistades. On mitmeid humanitaarseid psühholoogiaid, kus me saame ennast mõista ainult läbi suhete teistega ja meie peamine mure tegelikult on elus üksinda jääda (Payne, 2005, p 187)

See tähendab, et olenemata sellest, kas inimesel on erivajadus või mitte, on kõigil inimestel ühesugused hirmud ja vajadused. Kui võimalused ise oma elu ja suhteid luua on piiratud, siis ei saa inimese elus arengut toimuda. Puuetega inimeste suhtes kasutatakse sageli isiksuse tavateooriat ehk kui inimesel on puue, siis eeldatakse, et tal on kindlasti ka muid negatiivseid iseloomujooni. Samas peaks lähtuma nende oskustest, võimetest ja soovidest. (Hayes, 2002, lk 65)

Kokkuvõtvalt võib öelda, et erivajadustega inimestel on tulenevalt Eesti Vabariigi seadusandlusest samasugused õigused ja kohustused nagu igal teisel kodanikul. Neid ei tohi diskrimineerida seetõttu, et neil on puue. Nende elukvaliteedi tõstmiseks ja võrdväärse suhtumise tagamiseks on vajalik luua sobiv füüsiline ja sotsiaalne keskkond, mis võimaldab neil elada nii nagu on inimväärne.

2. UURING ERIHOOLDEKODUDE ÜMBERKORRALDAMISEGA SEOTUD VÕIMALUSTEST JA PROBLEEMIDEST TÜRI KODU NÄITEL

2.1. Türi Kodu tutvustus

Türi Kodu on üks AS Hoolekandeteenuste loodud peremajadest koosnev üksus. Kodu asub Järvamaal Türi linnas ja tegemist on väga looduskauni kohaga.

Türi Kodu tegutseb alates 20.05.2013. Tegemist on koduga, kus pakutakse ööpäevaringset erihooldusteenust 70-le psüühilise erivajadusega inimesele. Kodu koosneb kuuest peremajast, neljas majas on 12 kliendikohta ja kahes neist 11 kliendikohta. Enamus klientidest on tulnud suletud hooldekodudest Ravilast ja Kernust. Personali moodustavad 19 tegevusjuhendajat, tegevusjuhendaja-meister, vanemtegevusjuhendaja ja kodu juht.

As Hoolekandeteenused Türi Kodu visiooniks on pakkuda teenust kogukonnas, arenev töötaja ning paindlik ja vastutustundlik organisatsioon. Ettevõtte missiooniks on luua tegusam elu kogukonnas ja luua klientidele võimalusi aktiivseks ja mitmekülgseks eluks kogukonnas. Oluline on, et erivajadusega inimesed võetaks kogukonnas omaks ja nendega arvestatakse. Võrdsete võimalustega loomisel vajavad kliendid oma vaimse tervise olukorra tõttu tuge. Türi Kodus ei korraldata kliendi elu, vaid juhendatakse klienti tema elu korraldamisel.

Tegemist on tegusa elukeskkonnaga, kus tegevusjuhendajad abistavad ja juhendavad kliente nende igapäevases tegevuses, tegevusjuhendaja-meister koordineerib töiseid ja päevaseid tegevusi, huvitegevusi ning tegeleb lisaks veel tööhõivega.

Vanemtegevusjuhendaja peamised tööülesanded on klientide dokumentatsioon ja koostöö kliendivõrgustikuga. Kolmel päeval nädalas töötab Türi Kodus meditsiiniõde.

Türi Kodus on tegevuste läbiviimiseks loodud kahte majja tegelustoad ja lisaks neile viiakse tegevusi läbi majades. Tegevused on jaotatud lähtudes tavaelu rutiinist. Hommikul toimuvad töised tegevused nagu välitööd ja õmblustööd, suvisel ajal lisanduvad veel toimetused aiamaal ja oma maja ümbruse korrashoid. Õhtu poole toimuvad laulmine, kogemusgrupid, luulering ja naljaring. Eelpool nimetatud tegevused on ainult üksikud näited, tegelikkuses on tegevusi väga palju ja igal kliendil on vastavalt oma võimetele ning huvidele välja valida see tegevus, mis teda kõige rohkem huvitab.

Tegevusi viivad läbi tegevusjuhendajad ja meister. Töökorraldus näeb ette, et iga tegevuse juures on kaks juhendajat, üks kes vastutab ja teine juhendaja viib tegevust läbi.

Oluline on klientide tööhõive. Alates aastast 2015 osalevad kuus klienti avatud tööturul. Nad käivad tööl kogukonnas asuvas Türi Halduses. Tööülesanded lähtuvad peamiselt aastaajast. Kevadeti tegeletakse Türi linna korrashoiuga. Aastal 2016 on eesmärgiks aidata avatud tööturule veel kliente. Selleks käivad igal nädalal läbirääkimised kohalike ettevõtetega. Käesoleva aasta veebruarist osalevad 8 klienti pikaajalises kaitstud töös, mille tulemusena peaksid nad olema 3-5 aasta pärast võimelised suunduma avatud tööturule.

Avatud tööturul ja kogukonnaelus aktiivne osalemine on aidanud väga palju muuta inimeste eelarvamusi ja negatiivseid hoiakuid. Algselt oli kuulda palju sildistamist ja hirmuga seonduvaid arvamusi kohalikelt elanikelt. Eelarvamusd ja hirmud olid Türi Kodu klientidel samuti. Soovides eelarvamusi ja hirme rahustada, sai üheks peamiseks suunaks lõimumine kogukonnaga. Erinevatel üritustel osalemine andis selge mõistmise, et tegelikult puuduvad inimestel teadmised psüühilisest erivajadusest ja erinevatest teenustest ning seega ei ole nende hirmud alati põhjendatud.

Kliendi rahulolu tagamiseks peab pakutav teenus olema asjakohane ja tagama kvaliteetse elukeskkonna ning professionaalse personali. Ettevõtte töökorraldus on sujuv ja personalil vajalikud oskused ning teadmised. Visioonis on väga oluline roll areneval

töötajal, sest ka teenus on pidevalt arenev. Personalil peavad olema klienditööks vajalikud hoiakud, tövõtted ja erialane ettevalmistus.

AS Hoolekandeteenused Türi Kodus on kõik 70 kliendikohta riigieelarvelised. Ööpäevaringsele erihooldusteenusele saamiseks peab abivajaja esitama taotluse elukohajärgse piirkonna juhtumikorraldajale. Seejärel otsustab Sotsiaalkindlustusamet erihoolkandeteenuse osutamise või sellest keeldumise.

Ööpäevaringset erihooldusteenust saama suunatud isik on kohustatud maksma teenuse osutajale toitlustamise ja majutuse eest. Türi Kodus on omaosaluse summa kahekohalises toas 255 eurot ja ühekohalises toas 270 eurot. Omaosalus tähendab seda, et teenusel viibiv klient maksab majutuse ja toitlustuse eest. Teenuse hinnaks on 495 eurot ja riigieelarvelisel kohal hüvitab selle Sotsiaalkindlustusamet. Kui kliendil ei jää peale omaosaluse tasumist kätte 15% pensionist, siis hüvitatakse puudujääv osa riigieelarvest.

Kuna teenusele soovijate järjekorrad on pikad, siis aastast 2015 enam riigieelarveväliseid kohti Türi Kodus ei ole ja teenusele saamiseks on vajalik Sotsiaalkindlustusameti suunamiskiri.

2.2. Uurimise eesmärk, metoodika, ülesanded ja valim

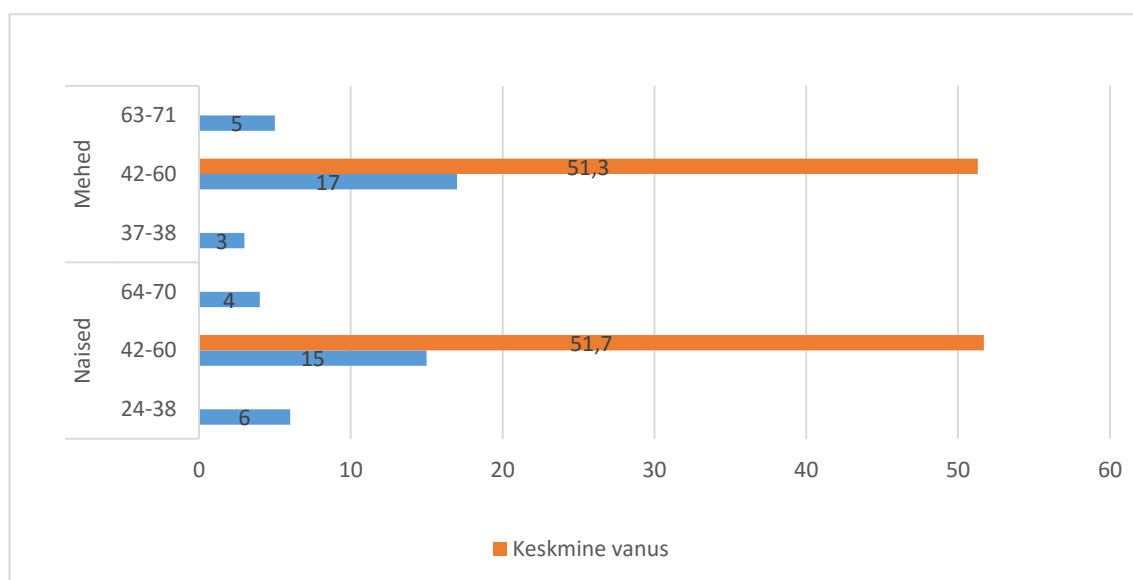
Käesoleva lõputöö eesmärk on uurida, kuidas vastab peremajade elukeskkond võrreldes eelmise erihooldekoduga klientide ootustele arstiabi, ametiasutuste, tööhõive ja kogukonnaga seotud valdkondades.

Saadud andmed analüüsitakse, tehakse järeldused ja omapoolsed ettepanekud.

Küsitlus viidi läbi kvantitatiivse uurimusmeetodiga Andmete kogumisel kasutati ankeetküsitluse meetodit ja see viidi läbi Türi Kodus. Kvantitatiivset uurimust kasutatakse väga palju sotsiaal- ja ühiskonnateadustes. Sellel meetodil on rõhk põhjuse ja tagajärje seadustel ning kvantitatiivse uurimuse puhul on vaatlusandmete järeldusi võimalik arvudes mõõta. (Hirsijärv., Remes & Sajavaara, 2005, lk 131)

Ankeetküsitlusele vastasid psüühilise erivajadusega kliendid, kes on ööpäevaringsel erihooldusteenusel Türi Kodus. Küsimusi oli 20 ning küsimustele vastati anonüümselt. Uurimus viidi läbi jaanuaris 2016 ning saadud andmed sisestati programmi Excel. Andmeanalüüs, järelduste ja kokkuvõtete tegemine toimus märtsis 2016.

Uurimuse valimi moodustasid 50 Türi Kodu klienti. Türi Kodu ööpäevaringse erihooldusteenuse klientide kogu arv on 70. Küsitluse kaasatud kliente oli 50, kuna ülejäänud teenust tarbivad kliendid ei ole võimelised oma arengutaseme tõttu andma küsimustele adekvaatseid vastuseid. Uurimuses osales mehi ja naisi võrdselt ning tegemist on vanemaealiste inimestega, kes on tulnud nüüdseks suletud või peatselt suletavatest suurtest hooldekodudest. Eesmärgiks oli analüüsida klientide ootuseid avalike teenuste kättesaadavusel eelmises elukohas ja Türi Kodus.



Joonis 1. Valimi moodustanud mehed ja naised ning keskmine vanus (autori koostatud)

Joonis 1 on meeste keskmine vanus 51,3 aastat ja naiste keskmine vanus 51,7 aastat. Tegemist on vanemaealise sihtgrupiga ja kaugus keskusest võib olla väga oluline tegur teenuste kättesaadavuses. Sellises vanuses suureneb terviseprobleemide esinemissagedus. Seda eriti juhul, kui on tegemist vanemaealise isikuga, kellel on lisaks veel määratud puue, mis vajab pidevat perearsti ja psühhiaatri jälgimist.

Aastatel 2014-2020 toimuvad erihoolekandes toimuvad muudatused ja autori arvates on kõige õigem kliendi enda arvamus erihoolekandes toimuvate ümberkorralduste kohta. Kliendid vastasid küsimustele iseseisvalt ja ei kirjutanud ankeedile nime peale. Autor oli igas majas seni kuni kõik said vastatud. Klientidel oli võimalus küsimuste korral pöörduda lõputöö autori poole. Oli olukordasid, kus kliendid soovisid küsimuste puhul täpsustusi ja oma eelmisest elukohast pikemalt rääkida.

Küsimuste ankeedis oli 20 küsimust, millest pooled olid seotud eelmise elukohaga ja ülejäänud küsimused puudutasid teenuste kättesaadavust ja kogukonna suhteid Türi Kodus elavate isikutega.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et uurimuses osales võrdselt nii mehi kui naisi ja nende keskmine vanus tähendab, et tegemist on vanemaealiste inimestega. Nad on elanud hooldekodudes aastaid ja suudavad reorganiseerimise mõju kõige täpsemalt esile tuua. Enamus kliente on tulnud Türi Kodusse hooldekodudest, kus hooned on pigem institutsioonid kui kodud ning see iseenesest on kõige suurem tegur, mis mõjutab klientide elukvaliteeti ja teenuste kättesaadavust.

2.3. Uurimisandmete analüüs ja uurimistulemused

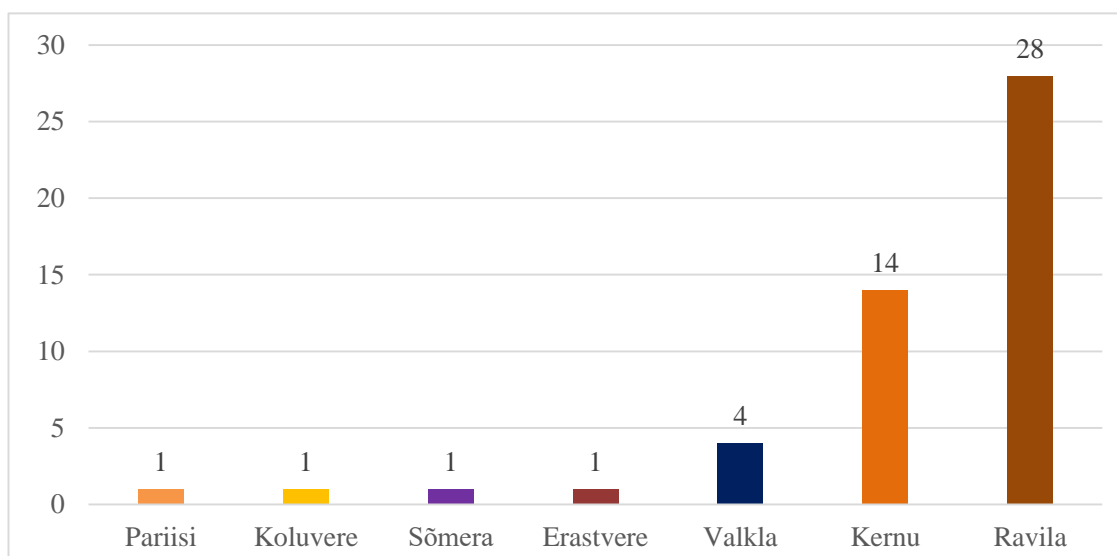
Kuna erihoolekandes suletakse kõik suured hooldekodud ja luuakse uued üksused kogukondadesse, siis autor otsustas uurida, kuidas see mõjutab erihoolekandeteenusel viibivaid kliente ja millised on peamised erinevused avalike teenuste, toetuse ja juhendamise ning kogukonna puhul.

Türi Kodu klientide teenuste kättesaadavuse ja kogukonna uurimuses oli 20 küsimust, mis peamiselt puudutasid võrdlust eelmise elukohaga, teenuste kättesaadavust ja suhteid kogukonnas. Uuriti peamiseid erinevusi eelmise ja praeguse elukeskkonna vahel.

Joonisel 2 on välja toodud, et kõige rohkem küsitlusele vastanud on tulnud Ravila hooldekodust. Tegemist oli vana mõisakompleksiga ja hoolekandenasutusena toimis see 50 aastat. Ööpäevaringset erihooldusteenust osutati seal umbes 170 isikule. Tubades oli

kohati korraga 4 või rohkem klienti. Kernu hooldekodu toimis sarnaselt Ravila hooldekoduga. Vana mõisakompleks, kus osutati teenust 78 isikule ja tubades oli samuti kohati 4 klienti ja rohkem. Ravila ja Kernu hooldekodud on tänaseks täielikult suletud.

Üks vastanutest on pärit Pariisi hooldekodust, mis ei kuulu AS Hoolekandeteenustele. Tegemist on samuti suure hooldekoduga, kus antud kliendile ei võimaldatud privaatsust ja ühekohalist tuba. Pariisi hooldekodu toimib siiani ja annab hea võrdluse suure ja väikse hooldekodu vahel.



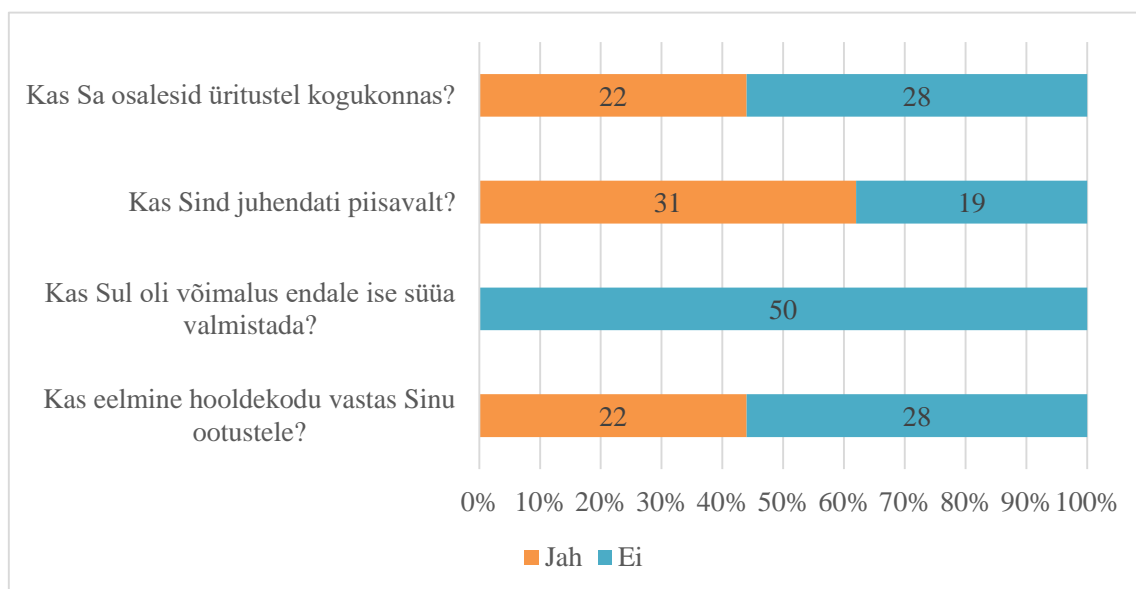
Joonis 2. Türi Kodusse tulnud klientide eelmised hooldekodud (autori koostatud)

Kõige suurem teenuseosutaja joonisel olevatest hooldekodudest on praeguseni toimiv Sõmera hooldekodu, mis suletakse aastaks 2023. Seal osutatakse teenust umbes 340 isikule. Valkla hooldekodus ei pakuta teenust nii suurele hulgale klientidele, aga asutus ise mõjub institutsioonina, mitte koduna. See on üks kodudest, mis on saanud kõige rohkem negatiivset meediakajastust ja inimeste tagasisidet.

Erastvere Kodu asub endises Erastvere mõisas Kanepi vallas. Ööpäevaringset erihooldusteenust pakutakse seal 144 isikule. Kõiki hooldekodusid ühendab suur klientide arv ning asukoha kaugus keskusest, mis keskmiselt on umbes 3 kilomeetrit ja enam. Keskustesse jäävad poed, kultuurimaja, perearstikeskused, apteek, postkontor,

kirik ja vallamaja. Seega on üheks takistavaks teguriks teenuste kättesaadavuse puhul keskuse kaugus hooldekodust.

Joonis 3. on kajastatud klientide rahulolu eelmises hooldekodus. Välja on selgitatud klientide ootustele vastavus, aktiivsus kogukonnas, juhendamise vajadus ja söögivalmistamise võimalused.



Joonis 3. Klientide ootustele vastavus eelmistes hooldekodudes (autori koostatud)

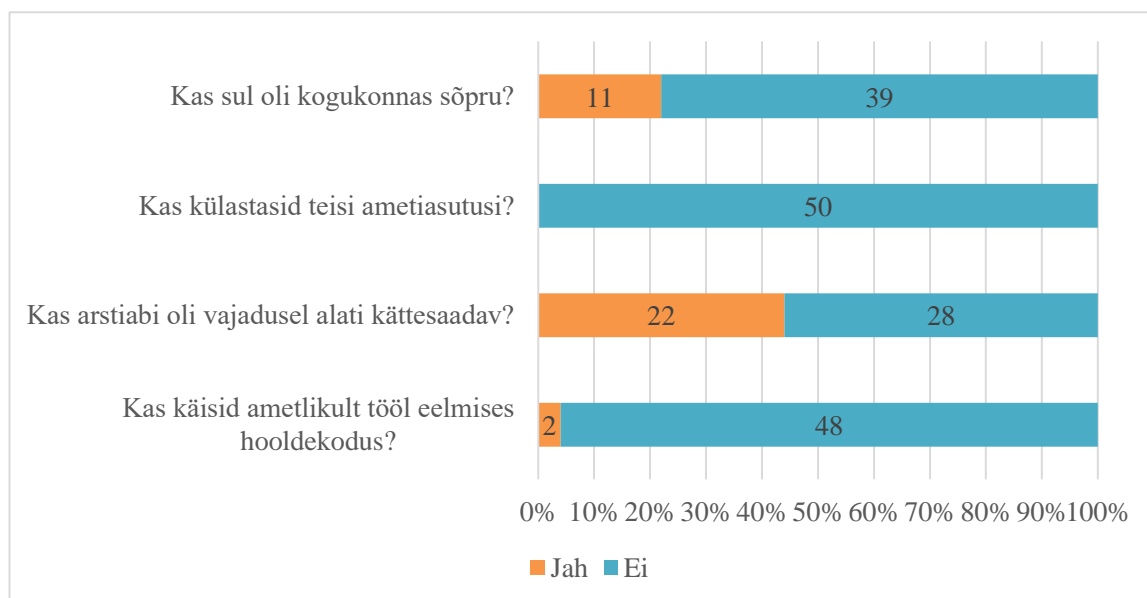
Kogukonna ürituste puhul toodi küsitluses peamiselt välja teatris käimist või lihtsalt jalutamist. Jooniselt selgub, et vastajate arv on üsna võrdne. Klientide hulgas, kes üritustel ei käinud olid vanemaealised, kes eelistasid pigem viibida hooldekodus, kui jalutada keskuses toimuvale üritusele. Veel toodi välja, et alati ei olnud informatsiooni, mis üritused kogukonnas toimuvad. Mõned kliendid märkisid ürituseks kogukonnas naabri abistamist puude lõhkumisel või lehtede riisumisel.

Juhendamisest tundsid puudust 19 klienti vastanutest. Kuna tegemist on suurte hooldekodudega, kus on palju kliente, siis töötaja ei jõua igapähega individuaalselt tegeleda. Tavaliselt kulub töötaja aeg nendele klientidele, kelle puhul on vajalik teostada hooldustoiminguid. Nüüdseks juba suletud hooldekodude puhul tõid kliendid välja, et töötajatel puudusid vastavad teadmised ja hoiakud ja neid ei juhendatud piisavalt individuaalselt, sest selleks puudus aeg.

Üheks oluliseks oskuseks iseseisvama elu puhul on söögi valmistamine. Võimalus ise toitu valmistada puudus igas hooldekodus. Toitlustust pakkusid kohapealsed suured sööklad, kus vahel kliendid appi võeti, aga siis oli tegemist kartulite koorimisega või nõude pesemisega. Otseselt süüa keegi endale valmistada ei saanud.

Ootustele vastavus on üsna võrdne eelmise hooldekoduga. Vastanute hulgas oli neid, kes ei soovinud eelmisest hooldekodust halba kirjutada ja meenutada, aga samuti neid, kes siiralt olidki rahul sellega, mis oli. Ootuste all on mõeldud igapäevaelu teemasid ja klientide vajadusi olla võrdväärne inimene teistega, olla armastatud ja tunda kuuluvustunnet.

Joonis 4 on uuritud suhteid kogukonnaga ja teenuste kättesaadavust eelmises hooldekodus.



Joonis 4. Klientide rahulolu ametiasutuste kättesaadavusega eelmises hooldekodus (autori koostatud)

Kogukonnas sõpru oli vähestel klientidel, mis näitab, et ei osaletud väga tihti kogukonnaelus või ei mõeldud sellele, et väljaspool hooldekodu on võimalik uusi tutvuseid luua. Koht, kus uusi tutvavaid või sõpru leida võib olla näiteks kogudus. Kuna keskused asusid kaugel, siis oli see raskendatud. Osad kliendid on pigem erakliku eluviisiga ja eelistavad hoida omaette.

Ametiasutuste all on mõeldud pank, pensioniametit ja töötukassat. Kahest eelnevast olid kuulnud kõik kliendid, aga käinud nad seal ei olnud. Töötukassast ei teadnud siis veel mitte ükski klient. Siin on mõeldud nii üksinda, kui ka koos tegevusjuhendajaga ametiasutuste külastamist. Võib järeldada, et tugiisikutel ei olnud aega, puudusid teadmised või ei soovitud kliendile ametiasutustest rääkida või neid koos külastada.

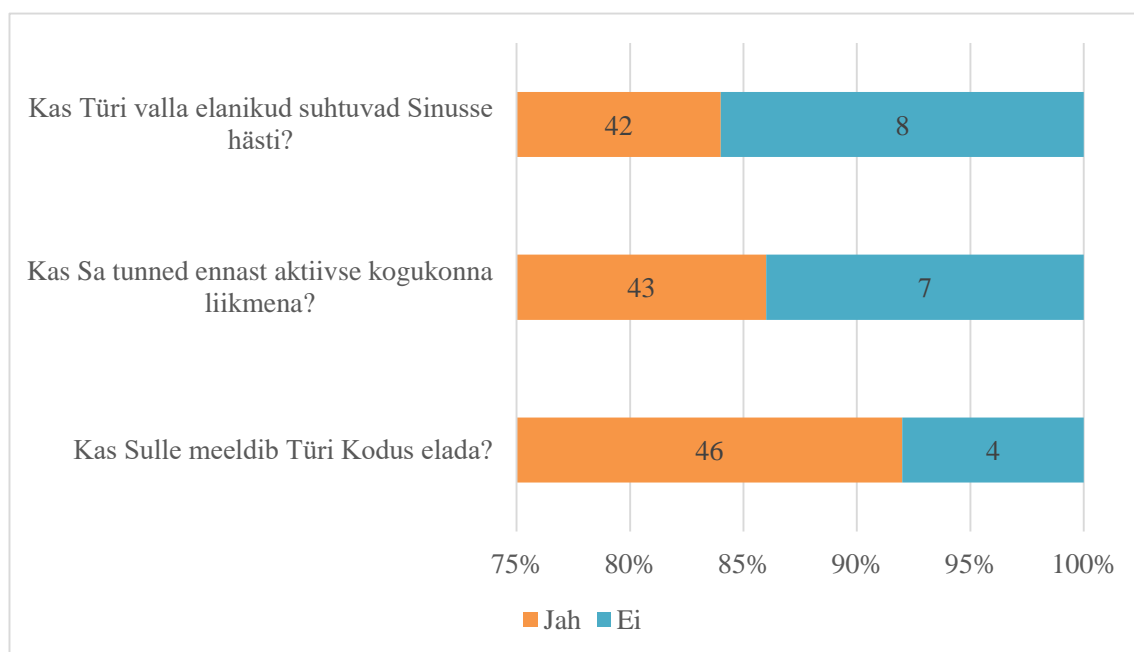
Arstiabi tulemus on üsna võrdne, aga enamus kliente tõid välja, et nad ei külastanud eriarste. Kui neil tekkisid probleemid tulenevalt oma diagnoosist, siis toimetati nad psühhiaatrikliinikusse. Mehed tõid välja, et oleksid soovinud külastada hambaarsti ja naised tõid välja, et oleksid sooviinud külastada naistearsti. Osadel juhtudel tehti seda viimati 1978 aastal. Kergemate terviseprobleemide puhul saadi abi kohapeal olevast meditsiini õe käest.

Ametlikult tööl käis kaks klienti. Ülejäänud vastanute seas oli neid, kes käisid tööl kohaliku taluniku juures või tegid naabruskonnas lihtsamaid töid. Töötasu selle eest ei saanud. Enamus juhtudel maksti klientidele söögiga. Autori arvates oli sellisel juhul tegemist klientide ärakasutamisega. Klientide hulgas, kes ei ole tööl käinud on neid, kes seda kindlasti teha sooviks, aga nad ei oska ise endale sobivat töökohta leida ja kardavad inimeste negatiivseid hoiakuid.

Järgnevad joonised esitlevad küsitluses osalenud teenuste kättesaadavust ja suhteid kogukonnaga Türi Kodus. Kuna Türi Kodu asub kogukonna keskel ja kliendid on koguaeg nähtaval, see tähendab, et nad käivad tööl Türi keskkonnas, käivad igapäev jalutamas, koolis ja poes, siis on uuritud elanike suhtumist klientidesse. Olukordasid, kus kliente vaadatakse kuidagi teistmoodi või öeldakse halvasti on tundnud kaheksa klienti. Mitmel korral oli tegemist olukorraga, kus inimesed, kes ütlesid halvasti, olid tarvitanud alkoholi. Seega ei saa halba suhtumist võtta väga tõsiselt. Ülejäänud kliendid halba kogemust ei oma ja tunnevad, et neid on kogukonnas hästi omaks võetud. Küll olid nad tajunud teistsugust suhtumist Türi Kodu esimesel aastal.

Positiivsena toodi välja, et elanikud neile naeratavad ja on abivalmid. Nüüd ollakse nendega juba harjutud. Aktiivsust kogukonnas psüühilise erivajaduse puhul mõjutab kliendi haigusest tulenevad sümptomid. Klientide seas, kes ei tunne end aktiivsena oli

neid, kes eelistavad olla oma majas ja oma toas. Nad eelistavad kindlat rutiini ja turvalisust. Üks klient tõi välja, et ta ei julge kogukonda minna, sest ta on skisofreenik ja sellest saavad kõik aru. Oma haiguse tõttu on ta arvamusel, et ei suuda kogukonnale kuidagi kasulik olla.



Joonis 5. Klientide rahulolu Türi Kodus (autori koostatud)

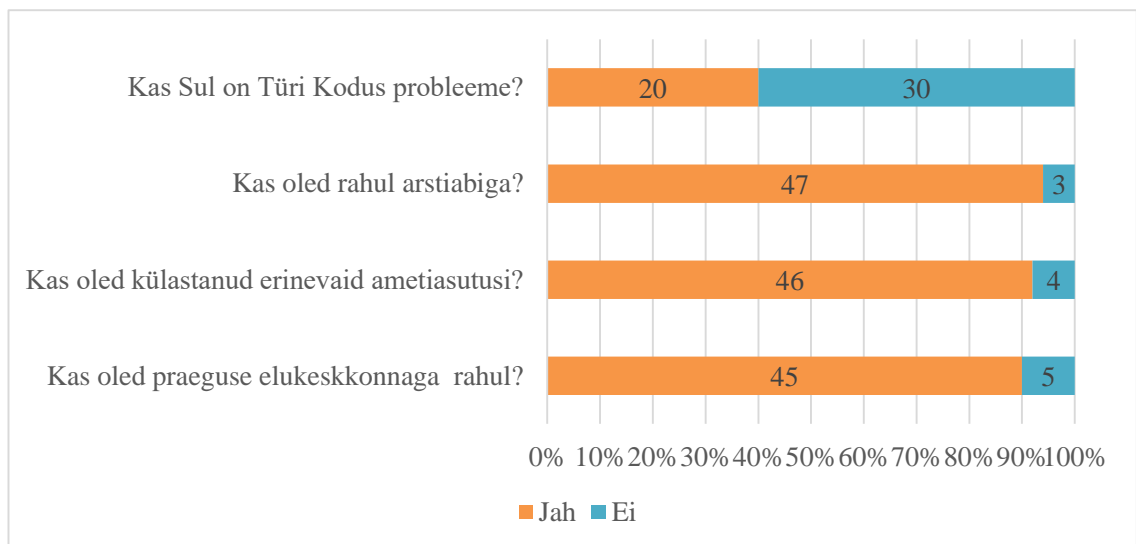
Kliendid, kes tunnevad end aktiivse kogukonna liikmena käivad koguduses, tööl, üritustel ja huviringides.

Klientidele meeldib elada Türi Kodus, sest see asub ilusas kohas ja on võimalik jalutada metsas. Enim hinnati privaatsust, mida võimaldab ühekohaline tuba. Ei ole enam suuri koridore vaid on maja, kus on 12 klienti. Väärtustatakse väga oma tugiisikut ja pere tunnet. Töötajad on koolitatud ja omavad teadmisi, kuidas kliente juhendada. Toimib võrdväärne suhtlemine ja omavaheline austus. Üks klient tõi välja oma eluaegse unistuse täitumise võtta endale koer. Toimuvad huvipakkuvad huviringid ja töised tegevused. On kindel rutiin, mis on klientides tekitanud turvalisuse tunde.

Kliendid, kes ei taha üldse elada hooldekodus, neile ei meeldi ka Türi Kodu, sest nad eelistavad elada väljaspool hooldekodu oma kodus. Ühele kliendile ei meeldinud seetõttu

Türi Kodu, et töötajad liiga palju survestavad erinevatest tegevustest osavõtmisega. Temale meeldiks terve päev lihtsalt televiisorit vaadata.

Järgnevalt uuris autor, kas ja milliseid probleeme esineb klientidel Türi Kodus. Probleeme esines 20 kliendil ja need olid seotud tervisega ning omavaheliste suhetega. Tahetakse käia tööl, aga tervisest tulenevate häirete tõttu ei saa seda teha nii nagu terved inimesed. Paljud kliendid kardavad, et kui nad suunduvad avatud tööturule, siis kuidas tööandja reageerib kui mõnel päeval ei ole nad võimelised töötama. Omavahelisi ütlemissi tekitavad majapidamisgraafikute jälgimine ja täitmine. Kui keegi ei ole nõus oma päeval koristama, siis see tekitab pingeid ja keegi teine peab töö ära tegema tema eest. Otseselt Türi Koduga seonduvaid probleeme küsitlusest välja ei tulnud.



Joonis 6. Klientide rahulolu Türi Kodus (autori koostatud)

Arstiabiga ollakse rahul. Varasemalt ei pööratud tähelepanu eriarstide külastamisele, aga nüüd käiakse regulaarselt näiteks hambaarsti juures. Eitavalt vastas kolm klienti ja nende probleemiks oli see, et pensionid on väikesed ja hambaravi on väga kallis. Visiiditasu tuleb samuti tasuda ja osad kliendid peavad enne raha koguma, kui arsti juurde saavad. Kui varasemalt oleks regulaarselt tervisega tegeletud, siis ilmselt ei oleks praegu tagajärgedega tegelemine nii kulukas.

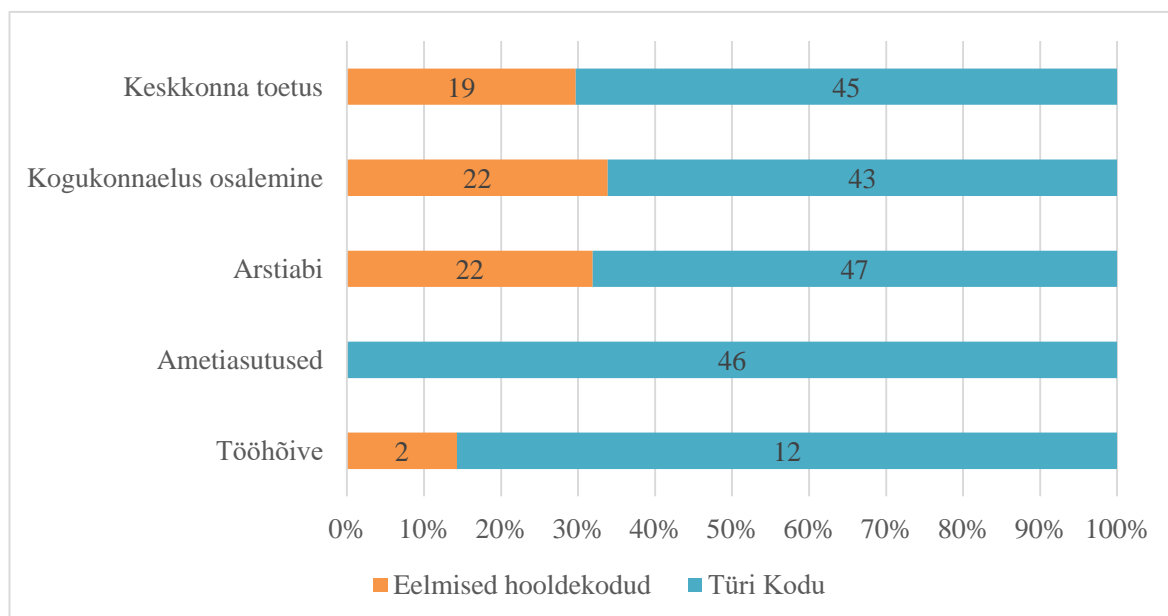
Kui kliendid saabusid Türi Kodusse, siis esmalt pöörduti töötukassa Järvamaa osakonda ja umbes kümme klienti võeti töötuna arvele. Seejärel said nad tööklubi kaudu nõustamist ja tutvusid kohalike ettevõtetega. Töötukassaga on koostöö siiani. See oli klientide jaoks uus ja põnev kogemus. Pangas käivad kliendid alati koos oma tugiisikuga ja nad on oma rahaliste vahenditega kursis. Kui on vajalik külastada ametiasutust, siis seda tehakse alati koos kliendiga. Neid kliente, kes ametiasutusi külastanud ei ole, on neli isikut. Selle põhjuseks on huvi puudumine ümbritseva vastu või tugiisiku vähene kaasamine.

Praeguse elukeskkonnaga on rahul 45 isikut ja rahul ei ole viis inimest. Rahul ollakse võimalusega endale ise süüa valmistada, personaliga ja kodu tundega. Mitmed kliendid vastasid, et endiseid suuri hooldekodusid ei annagi väikeste peremajadega võrrelda. Nad tunnevad, et uus keskkond aitab neil arendada iseseisvamat elu ja vähendab kogukonnas stigmatiseerimist.

Vastanute seas oli neid, kes praeguseks ootavad, et saaksid ööpäevaringse erihooldusteenuse asemel kogukonnas elamise teenust. See tähendab, et nad ise arvavad, et ei vaja enam ööpäevaringset järelvalvet ja saaksid hakkama teenusega, kus tegevusjuhendaja on juhendamas ainult päevasel ajal. Ühel kliendil puudub haiguskriitika ja ta on arvamusel, et ei peaks üldse hooldekodus olema. Haiguskriitika puudumine tähendab, et isik ei tunnista endale oma haigust ja üldjuhul arvab, et ta on hooldekodusse paigutatud sunniviisiliselt. On olukordasid, kus isik lahkub seetõttu omavoliliselt teenuselt ja ta tuleb tagasi tuua politsei abiga.

Tervisest tulenevate probleemidega tegeletakse varasemast ajast nüüd järjest rohkem ja seetõttu on rahulolu arstiabiga suurem. Jooksvalt ametiasutuste külastamine ja teenuste kättesaadavus mõjutab klientide elu kõige otsesemalt. Nad saavad käia arstide vastuvõtul. Oluliseks on hambaravi, millele eelmistes hooldekodudes ei ole tähelepanu pööratud. Mõned kliendid on võimelised täiesti ise panema ennast kirja arsti vastuvõttule ja saavad seal ise käidud. Töötukassas käies saavad nad ise osa protsessist, kus aidatakse leida sobiv töö. Keegi ei aja enam asju nende eest. Kõikides protsessides on kliendid koguaeg kaasatud ja nad saavad ise olla oma eluga kursis.

Kliendi elukeskkonna moodustavad elamine, õppimine, töötamine ja vaba aeg. Nende valdkondadega eelmises hooldekodus olid rahul 19 isikut ja Türi Kodus 45 isikut. Uus keskkond, kus on inimväärsed elamistingimused mõjutavad elukvaliteeti kõige otsesemalt. Uute mõtteviisidega ja hoiakutega töötajad toetavad kliente nende igapäevastes toimingutes.



Joonis 7. Eelmise hooldekodu ja Türi Kodu rahulolu üldine võrdlus (autori koostatud)

Türi Kodu pälvis kohalikult omavalitsuselt „Aasta Tegija 2015“ tiitli, mis tähendab, et klientide kaasamine ja kogukonnas toimuvatel üritustel osalemine on suure tähtsusega. Keskus on umbes ühe kilomeetri kaugusel ja klientidel on võimalus käia väljaspool kodu kirikus, turul, poes, trennis ja koolis. Türi Kodus on peaaegu poole rohkem kliente, kes on kogukonnaga rahul, kui eelmises hooldekodus.

Arstiabi valdkonnas on uues elukeskkonnas toimunud suur muutus. Üheks põhjuseks on teadlikumad töötajad, kes teevad kliendiga koostööd ja selgitavad kui oluline on oma tervisele tähelepanu pöörata ja teiseks põhjuseks on vahemaa. Kliendid suudavad ühe kilomeetri läbida ilma raskusteta. Haigushoogusid üritatakse ennetada ja enam ei ole esmane saata klient haiglaravile, vaid kliendiga vesteldakse, kaasatakse kliendivõrgustik ja vajadusel pöördatakse psühhiaatri vastuvõtule polikliinikus. Klientide tundmine ja jälgimine aitab ennetada keerulisi olukordasid. Väikeses peremajas on see võimalik, aga kui ühes osakonnas elab 30 klienti ja rohkem, siis on see kahjuks võimatu.

Ametiasutusi ei olnud eelmises hooldekodus külastanud mitte ükski vastanutest, aga Türi Kodus on selle valdkonnaga kursis 46 klienti. Koos juhendajaga külastatakse vastavalt vajadusele erinevaid ametiasutusi. Kui on vajadus rahaasjadega kursis olla, siis külastatakse koos pankka. Kui on vajalik ajada pensioniga seonduvaid teemasid, siis käiakse koos pensioniametis.

Ametlikult tööga hõivatud oli 2 klienti. Aasta 2016 esimeses kvartalis on Türi Kodus avatud tööturul 4 klienti ja pikaajalisel kaitstud töö käib 8 klienti. Aasta lõpuks on plaanis avatud tööturule suunata veel 4 klienti.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et peremajade rajamine kogukondade keskele tagab klientide suurema aktiivsuse, sest vahemaa keskusesse on umbes üks kilomeeter ja sealsed võimalused aitavad uusi suhteid luua väljaspool hooldekodu. Ametiasutusi külastatakse sagedamini ja arstiabi olemasolu on oluliselt suurem kui eelmises hooldekodus. Tööga hõivatuid on samuti rohkem, kui eelmistes hooldekodudes. Uutes peremajades on keskkonna toetus oluliselt suurem, sest kliente on majades vähem ja töötaja jõuab igaühega tegeleda individuaalselt.

2.4. Arutelu ja järeldused

Psüühilise erivajadusega inimestesse on enamus juhtudel suhtunud negatiivsete eelarvamustega ja nüüd on jõudnud kätte aeg, kus järjest rohkem räägitakse võrdsetest võimalustest ja iseseisvama elust. Selleks vajavad nad ühiskonna aktsepteerimist ja stigmatiseerimisest loobumist.

Uurimusest selgus, et klientidel puudusid eelnevas hooldekodus võimalused, mis oleksid pakkunud piisavalt tuge ja toetust iseseisvama elu loomisel. Kõige rohkem tunti puudust privaatsusest ehk oma toast ja tugiisiku toetusest.

Erihooldekodude reorganiseerimisega kaasnevatest võimalustest ja probleemidest teada saamiseks viidi läbi kvantitatiivne uurimus, mis toimus kvantitatiivsel meetodil. Küsitlus viidi läbi Türi Kodus.

Uurimusest selgus, et Türi Kodu kliendid on rahul arstiabiga, tööhõivega ja kogukonnaga. Nad soovivad alati osaleda kogukonnas toimuvatel üritustel, väärtustavad oma tervist ja soovivad sellele tähelepanu pöörata. Neile on oluline tervis, töö, sissetulekud ja sotsiaalsed suhted.

Üks klient arvas, et tema ei pea elama üldse hooldekodudes ja saaks ise väljaspool ideaalselt hakkama. Tal on omandatud kaks kõrgharidust ja tegemist on väga laia silmaringi omava kliendiga. Oma elus on ta väga palju reisinud ja saanudki varasemalt ise oma eluga hakkama. Sellest hoolimata vajab ta pidevat järelvalvet seoses ravimite tarbimisega.

Küsitlusest selgus, et uues elukeskkonnas on võimalik endale ise süüa valmistada, vajadusel alati perearsti poole pöörduda, tegeleda oma huvide ja hobidega ja olla armastatud ning tunda end võrdväärseks. Paljud kliendid lisasid küsitlusele, et nende lähedased on uute peremajadega väga rahul.

Türi Kodus pakutava elukeskkonnaga on kliendid väga rahul. Tegusama elu kodud on mõjutanud klientide elukvaliteeti ja taganud üldise heaolu ning rahulolu, kus on oluliselt lihtsam klientide soove ja eesmärgid realiseerida.

Puudustena toodi välja omavahelisi suhteid ja seda, et oma kodus on ikka kõige parem elada. Omavahelisi erimeelsusi põhjustavad lahkarmused või olukord, kus ühele kliendile tundub, et kedagi hoitakse töötajate poolt rohkem. Tavaliselt on see juhtudel, kus kliendiga käiakse poes ja tema sissetulekud võimaldavad tarbida rohkem tooteid, kui mõnel teisel kliendil. Lahkarmused võivad tekkida erinevatest eluvaadetest või igapäevaeluga seonduvatel teemadel, näiteks koristamine.

Uurimuses selgus, et probleemid, mis kliendid välja tõid, on seotud nende enda tervisega ja kaasklientide omavaheliste suhetega. Mõisteti, et osad probleemid kaasnevad vanusega ja teised on tingitud puudest. Oli kliente, kellel puudub piisavalt vahendeid, et külastada eriarste ja enne peab selle jaoks raha koguma. Omavahelised suhted on tingitud üksteise mõistmisest ja aitamisest.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et kõik töös esitatud uurimisküsimused said vastused ja erihooldekodude reorganiseerimine Türi Kodu näitel on hädavajalik. Peremajade rajamine kogukondadesse annab uue keskkonna, kus võimalusi iseseisvamaks eluks ja eneseteostuseks on kergem teostada ning tõstab teenuse kvaliteedi uuele tasandile ja teenus ise on muutunud varasemast kliendikesksemaks. See muudab kliendi jaoks avalikud teenused kättesaadavamaks ja julgustab suhtlema kogukonnaga. Toetus ja juhendamine on ööpäevaringse erihooldusteenuse üheks osaks ning ka need tulemused on tugevalt paremad, kui eelmistes hooldekodudes.

Praegusel ajal on Türi Kodus aktuaalne tegeleda klientide tervisega ja peamiselt on see põhjustatud olukorrast, kus varasemalt antud valdkonnale nii suurt tähelepanu ei pööratud.

Kvaliteetse teenuse eesmärk ei ole tänapäeval enam see, et kliendil oleks ainult oma tuba ja puhas ümbrus. Teenuse eesmärgiks on keskenduda kliendi tervise taastumisele ja seda saab soodustada ainult vastav keskkond. Mõtteviis, et hooldekodu on see viimane peatuspaik ja klient jääbki sinna oma elu lõpuni, on aegunud. Uueks suunaks on kliendi taastumine nii palju, et ta on võimeline liikuma kodust välja või kergemale teenusele, kus ei ole nii pidevat järelvalvet.

Autor on antud uurimustöö põhjal arvamisel, et kõik erivajadusega inimesed väärivad head tervist, sobivat töökohta ja tegusamat elu. Sama tähtis on ilus ja kodune keskkond. Inimesed, kes saavad teenust hooldekodudes ei erine nendest, kes elavad oma isiklikes kodudes ja on pidevalt kontaktis lähedastega, saades neilt toetust ja abi endale turvalises elukeskkonnas.

KOKKUVÕTE

Eesti elanikkond vananeb ja siinkohal ei ole oluline pakkuda erivajadusega inimesele teenust lihtsalt teenuse mõistes, tähelepanu tuleb pöörata sellele, et erivajadusega inimene saaks teenuselt nii palju toetust ja juhendamist, et ise tunda end hästi ja seeläbi olla kasulik ühiskonnale.

Käesoleva lõputöö eesmärk on uurida, kuidas mõjutab suurte hooldekodude sulgemine ja peremajade rajamine kogukondadesse erihooldekandeteenusel viibivate klientide ootuseid arstiabi, tööhõive ja kogukonnaga seotud valdkondades.

Lõputöös on kaks osa, kus esimeses osas on kajastatud teoreetilisi vaatenurki ja teises osas uuriti Türi Kodu klientide arvamust arstiabi, teenuste kättesaadavuse ja kogukonnas elamise kohta..

Teoreetilises osas toetuti erihooldekande arengukavale, põhiseadusele ja erihooldekannet puudutavatele õigusaktidele.

Töö eesmärgi saavutamiseks viidi Türi Kodus läbi kvantitatiivne uuring. Ankeet koosnes 20st küsimusest, millele vastasid sama organisatsiooni kliendid. Küsimused olid kõigile ühesugused ja vastajad jäid anonüümseks.

Uurimistulemused näitasid, et Türi Kodu kliendid on uue elukeskkonnaga väga rahul. Varasemast ajast on neile nüüd kättesaadav arstiabi ja tööhõivega seonduvad valdkonnad ning nad tunnevad end aktiivsete kogukonna liikmetena. Kliendid saavad teha tööd ja valida endale sobiva huvitegevuse kohapeal või käia kogukonnas toimuvatel üritustel. Personal on teadlikum ja sellest tulenevalt on muutunud ka hoiakud.

Peamised probleemid on tingitud tervisest ja omavahelistest suhetest. Tegemist on vanemaealiste klientidega ja lisaks puudele tuleb neil oma tervisele suurt tähelepanu pöörata. Füüsiline tervis ei ole enam nii hea, et saaks hakkama iga tööga. Kuna igas majas elab 11-12 klienti, siis on mõistetav, et omavahelisi arusaamatusi tuleb ikka ette.

Kliendid on uue keskkonna täiesti omaks võtnud ja hoiavad oma kaaslaseid ning personali väga. Mõned kliendid on saanud täita oma unistused ja saanud tagasi usu taastumise võimalikkusele. Nad on teadlikud, et neid võetakse kuulda ja nende arvamustega arvestatakse. Enamus kliente elavad ühekohalises toas ja neil on privaatsus, mida varem ei olnud võimalik võimaldada.

Klientide rahulolu teenuste kättesaadavuse puhul on oluline roll personalil. Türi Kodu meister-tegevusjuhendaja hoolitseb selle eest, et klientidel oleks tööd ja peab läbirääkimisi kohalike ettevõtetega. Tema eestvedamisel on tööd leidnud kümme klienti. Tugiisikud teevad oma tööd pühendunult ja aiatavad klientidel kujundada oskuseid, kuidas olla võimalikult iseseisev.

See, et klient oleks teenusega rahul ja kogukond võtaks uued inimesed omaks, tähendab head meeskonnatööd. Türi Kodu personal on olnud julge ja otsinud pidevalt võimalusi, kuidas naabruskonna inimestes vastupidiselt hirmule hoopis huvi tekitada. Selleks, et hirmudele ja eelarvamustele vastu seista, tuleb meeskonnal endal uskuda erivajadustega inimestesse.

Erihoolekandeteenuste klientideks on erivajadusega kliendid ja nende rahulolu on esmatähtis. See tähendab tihti muutustega kaasas käimist ja kohanemist. Meeskond peab muudatustesse hästi suhtuma ja olema kiire kohaneja. Kui meeskond ei suudaks kohaneda, siis ei jõuaks uuendused klientideni ja rahulolu asemel tekiks rahulolematust. Töötajad peavad olema samuti võimalikult kliendikesksed, mitte tegema tegevusjuhendaja tööd ainult töö pärast.

VIIDATUD ALLIKAD

- Aluoja, A., Allikmets, E., Liivamägi, J., Saarma, M., & Vasar, V. (1999). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Bakk, A., & Grunewald, K. (1999). *Vaimupuudega inimeste hoolekandest*. Tallinn: Koolibri Kirjastus.
- Bogdanov, H., & Pertel, T. (2012). *Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs*. Tallinn: Tervise arengu Instituut. Loetud aadressil <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4863/1/Bogdanov2012.pdf>
- Bugarszki, Z. (2014). Deinstitutionaliseerimine ja kogukondlik hoolekanne postsotsialistlikes riikides, Lääne-Euroopas ja USAs. *Sotsiaaltöö*, 3, 31-37.
- Cox, E. (2001). *Psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Eesti Puuetega inimeste koda. (2001). *Krooniliste haiguste ja puuetega inimeste elukvaliteet Eestis*. Tallinn: Vastus Kirjastus.
- Eesti vabariigi põhiseadus. (1992). *Riigi Teataja*, 26, 349. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/633949>
- Foucault, Michel. (2003). *Hullus ja arutus. Hullumeelsuse ajalugu klassikalisel ajastul*. Tartu: Ilmamaa Kirjastus.
- Hayes, N. (2002). *Sotsiaalpsühholoogia alused*. Tallinn: Külim kirjastus.
- Hess, B. B., Markson, E., & W. Stein, P. J. (2000). *Sotsioloogia*. Tallinn: Külim Kirjastus.

- Hirsijärv, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2005). *Uuri ja kirjuta*. Tallinn: Medicina Kirjastus.
- Kreem, R. (1995). *Sotsiaaltöö teooria ja praktika. Lähtealuseid isikliku, perekondliku ja ühiskondliku elu tugevdamiseks*. Tartu: Greif Kirjastus.
- Lind, R., & Wilken, J. P. (2013) Inimeste kogemustel on hindamatu väärtus. *Sotsiaaltöö*, 4, 41-44.
- Maailma Vaimse Tervise Liit. (2014). *Elu skisofreeniaga, kuid tervena: taastumistee sillutamine*. Tallinn: Maailma Vaimse Tervise Liit. Loetud aadressil <http://www.epry.ee/assets/Uploads/Klli-2014/Elu-skisofreeniaga-.pdf>
- Open Society Institute. (2005). *Rights of People with Intellectual Disabilities*. New York, NY: Open Society Institute.
- Otepalu, M., & Kirja, M. (2013). Riskide hindamine ja juhtimine töös psüühikahäirega inimestega. *Sotsiaaltöö*, 5, 46-49.
- Oulu Diakoonia Instituut. (1997). *Üevaade puuetega inimeste sotsiaalsest kaitsest*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Paavel, V., Kõrgesaar, J., & Sarjas, A. (2001). *Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis*. Tallinn: Sotsiaalministeerium.
- Payne, M. (1995). *Tänapäeva sotsiaaltöö teooria: kriitiline sissejuhatust*. Tallinn: Spin Press Kirjastus.
- Payne, M. 2005. *Modern social work theory*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Rahu, A., & Otepalu, M. (toim). (2010). *Tegevusjuhendaja käsiraamat*. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoja OÜ Kirjastus.
- Rannastu, K. (2005). *Sotsiaalhooldus*. Tallinn: Ilo Print Kirjastus.
- Rikmann, E. (2007). *Algatus, osalus ja organisatsioonid: uurimusi Eesti kodanikuühiskonnast*. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus.

- Rikmann, E. (2007). *Algatus, osalus ja organisatsioonid: uurimusi Eesti kodanikuühiskonnast*. Tallinn: Tallinna Ülikooli Kirjastus.
- Saarma, J. (1977). *Psühhopaatoloogia*. Tallinn: Valgus Kirjastus.
- Salu, M. (2001). *Sotsiaalkaitse Eestis*. Tallinn: EBS Print Kirjastus.
- Seire Raport. (2005). *Vaimupuudega inimeste õigused*. Tallinn: Tallinna Raamatutrükikoda Kirjastus.
- Soon, T. (toim). (2011). *Küsin ja tean: psühhootilised häired*. Tartu: Ecoprint AS Kirjastus.
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja*. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005>
- Sotsiaalministeerium. (2013). *Hoolekandeadasutused*. Loetud aadressil https://www.eesti.ee/est/toetused_ja_sotsiaalabi/sotsiaalteenused/hoolekandeadasutused
- Sotsiaalministeerium. (2014). *Erihoolekande arengukava 2014-2020*. Loetud aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Puudega_inimetele/erihoolekande_arengukava_2014-2020.pdf
- Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet. (2016). Tallinnas tutvustati uuringut puuetega inimeste uute teenuste vajadusest. *Vaimupuu*, 33, 8-9.
- Wilken, J-P. (2015). *Kuidas klientidest saavad kodanikud*. Tallinn: Duo Kirjastus.

Lisa 1. Türi Kodu kliendi küsitlus

- Sugu
- Vanus
- Hooldekodu
- Hooldekodus elatud aastad
- Kas eelmine hooldekodu vastas Sinu ootustele?
- Kas Sul oli võimalus endale ise süüa valmistada?
- Kas Sind juhendati, julgustati ja toetati töötajate poolt piisavalt?
- Kas osalesid üritustel väljaspool hooldekodu (teater, kino)?
- Kas käisid ametlikult tööl väljaspool hooldekodu?
- Kas arstiabi oli vajadusel alati kättesaadav eelmises hooldekodus?
- Kas külastasid eriarste eelmises hooldekodus?
- Kas külastasid ametiasutusi (pank, penisioniamet, töötukassa)?
- Kas Sul oli sõpru väljaspool hooldekodu?
- Kui palju sõpru Sul oli?
- Mitu aastat oled Türi Kodus elanud?
- Kas tunned, et oled aktiivne kogukonna liige?
- Kas Türi elanikud suhtuvad Sinusse hästi?
- Kas praegune elukeskkond toetab Sind rohkem kui eelmine?
- Kas Türi Kodus on vajalikud ametiasutused kättesaadavad?
- Kas Sul esineb probleeme Türi Kodus elades?

SUMMARY

REORGANIZATION OF SPECIAL CARE HOMES. TÜRI SPECIAL CARE HOME CASE STUDY: OPPORTUNITIES AND CHALLENGES

Liis Tamm

Society has always been relatively rejective towards people with special needs. They have been labeled and kept away from public.

Welfare services provided by care homes have not always been of high quality. Due to this, access to public services has often been difficult. Recently, changes have been starting to happen within care homes, which have been beginning to affect the conditions the clients with special needs are living in. These changes also affect the accessibility for public services.

Integrating people with special needs into Estonian society is an important part of decreasing Estonian labor force demography. People with special needs are a potential resource. This population would be ready to work if employers would provide certain conditions that would help them to recuperate and work as independently as possible.

Inc Welfare Service Tyri Home was created in 2013 and is providing 24 hour long term care for 70 patients with special mental needs. This territory contains six family homes, each accommodating 11-12 clients.

During the first year, fear and antagonism amongst the people living in Türi was experienced. This was caused by lack of knowledge about mental disorders and services offered for them. Clients living in Tyri Home came mainly from large care homes that were closed to the public. These were located away from city centers, which made visits

to administrative agencies, working or the ability to be an active members in community life impossible.

Since their previous homes were normally old unrenovated mansions, the clients living conditions were most often comparable to living in an administrative agency or hospital rather than like living at home.

The current thesis contains 2 parts. The first focuses on theoretics and the second focuses on the research that was made in Tyri Home to assess areas of improvement and problem identification of those that occurred in the process of redeveloping care home system.

The theory portion of this thesis identifies the welfare progress in different countries and how society relates to people with special needs in different cultures, their rights and their mental disabilities.

The thesis is based on a welfare development plan for disabled and possible legislation. This thesis identifies Tyri Home client expectations for subjects such as medical care, administrative agency, employment and community life.

Research was conducted with 50 special mental need clients living in Tyri Home who had been transferred from care homes that were closed to public. This criteria made these clients eligible to rate and compare living conditions now and in their previous care setting.

The questionnaire consisted of 20 questions and anonymity was maintained. It should be of note that every client had a right to and possibility of asking further assistance in the answering process from the author of the thesis.

The quantitative method was used in this thesis, which has a broad usage in social science research in general. This method allows the researcher to measure the collected data numerically. Data collected from the research show that the clients new living conditions helps them to fulfill their expectations, their quality of life has raised significantly and they feel that they are active members in community.

Access to administrative agencies is assured and they are able to attend either work or work-like activities on Tyri Home territory. Clients are content with medical care and each client has ability to visit specialists based on their necessity.

Clients rated that, in their previous large care home, private services were unable to be accessed due to the distance of the city centers and staff. However, Tyri Home is located only one kilometre from the city center and clients do not feel that this distance creates access issues for them.

Also, the fact that family houses accommodate less clients than large care homes gives staff members the opportunity and time to engage with clients individually. Research shows that the largest issues identified was the clients health or their relationships with other clients.

Also, complaints about peculiarities of age and lack of money for taking care of health, were identified in the research. Attention to clients health conditions in previous care homes was not deemed sufficient and, due to that, larger financial resources are required when dealing with them presently.

The chief present question regards relationships in following the fulfillment/completion of the housekeeping schedule.

Closing large institutions is important. Building new family model homes is necessary and should be continued. Safe, home-like conditions makes developing and rehabilitating clients possible in a way that they are happy themselves and can take a more productive role in society.

The times where people with special needs were hid from public are gone. It is important to create elements that meet the expectations for people with special needs as well as identifying rehabilitation possibilities. Research showed that it is necessary to create small, family, model-based houses to communities because new facilities have been made possible for clients special needs in regards to the accessibility for public services.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Liis Tamm,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose
Erihooldekodude reorganiseerimine Türi Kodu näitel: võimalused ja probleemid,

mille juhendaja on lektor: Anne Rähn,

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus **18.05.2016**